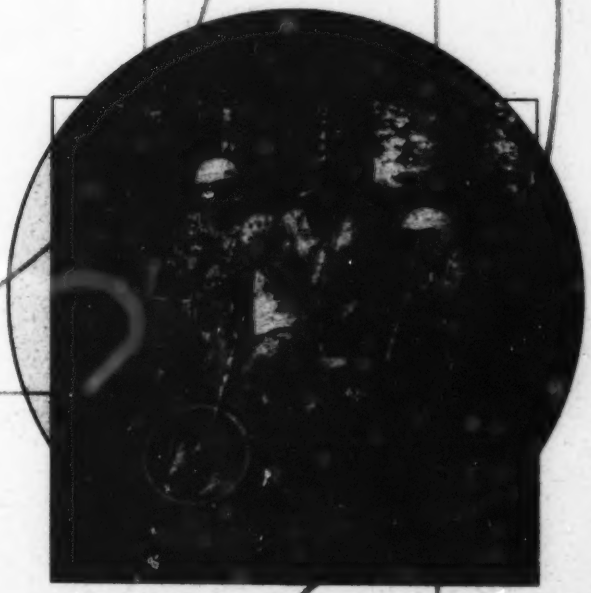
RAPPORT ANNUEL
1991-1992



Régie de l'assurance-maladie du Québec

Québec

92-06462/

Régie de l'assurance-maladie du Québec

RAPPORT ANNUEL 1991-1992

Québec

Publié par le Service des
communications de la Régie de
l'assurance-maladie du Québec

Coordination de la rédaction et révision
Francine Paradis

Secrétariat
Johanne Noël

Traitement de texte
Réjeanne Gagné

Coordination de la production
Carole Doyon

Graphisme
Johanne Lanseigne

Impression
Imprimerie Laurentide de Québec inc.

Dépôt légal - 2e trimestre 1992
Bibliothèque nationale du Québec
ISBN 2-550-26395-2
ISSN 0225-8560

Dans le présent rapport, le masculin désigne autant les femmes que les hommes lorsque le contexte s'y prête.

Régie de
l'assurance-maladie
du Québec
Bureau du président

Monsieur Marc-Yvan Côté
Ministre de la Santé et des Services sociaux
Gouvernement du Québec

Monsieur le Ministre,

Je vous soumets le rapport annuel de la Régie de l'assurance-maladie du Québec pour l'exercice terminé le 31 mars 1992.

Ce rapport a été préparé conformément aux dispositions de l'article 25 de la *Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec*.

Veuillez croire, Monsieur le Ministre, en l'assurance de mon dévouement.

Le président,

Réjean Cantin

Sillery, le 19 juin 1992

Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé et des
Services sociaux
Cabinet du ministre

Monsieur Jean-Pierre Saintonge
Président de l'Assemblée nationale
Québec

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport des activités de la Régie de l'assurance-maladie du Québec pour l'exercice terminé le 31 mars 1992.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux,

Marc-Yvan Côté

Québec, le 19 juin 1992

MESSAGE DU PRÉSIDENT

Je suis heureux de présenter ce vingt-troisième rapport annuel de la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

Les faits qui ont marqué l'exercice 1991-1992 se regroupent sous les rubriques suivantes : l'amélioration des services à la clientèle, le renforcement des contrôles et de la fonction d'évaluation des programmes administrés par la Régie, le coût des programmes et les données sur l'administration générale.

Au chapitre de l'amélioration des services à la clientèle, on a déployé des efforts particuliers pour faciliter l'accès du public à nos services de renseignements téléphoniques et améliorer l'accueil des personnes qui se rendent à nos bureaux de Montréal ou de Québec. Pour ce faire, la Régie a créé dix nouveaux postes de préposés aux renseignements, soit cinq à Québec et cinq à Montréal. Dans la métropole, les nouveaux préposés appartiennent à différentes communautés culturelles, de sorte que le personnel y est maintenant en mesure de servir la population dans sept langues.

Par ailleurs, depuis le 15 novembre 1991, les résidents de Montréal ont accès, 24 heures par jour, 7 jours par semaine, au nouveau service de carte-soleil parlante. Il s'agit d'un système automatisé de renseignements téléphoniques qui permet au public d'obtenir toutes sortes d'informations, notamment sur l'admissibilité au régime d'assurance-maladie et sur les soins assurés au Québec et à l'extérieur du Québec. Ce service était déjà offert aux résidents de la région de Québec, à titre expérimental, depuis le 15 octobre 1990.

D'autre part, l'ancienne Direction générale des opérations, devenue la Direction générale des services aux professionnels, s'est vu confier la responsabilité de tous les services de première ligne à l'ensemble des professionnels de la santé et aux autres dispensateurs de services. Cette révision de mandat visait à offrir à cette clientèle un guichet unique d'accès à la Régie pour toutes les questions qui la concernent.

Parmi les mesures qui ont été prises pour améliorer les services destinés à cette clientèle, soulignons :

- Le regroupement dans des fichiers informatiques de nombreuses catégories de données qui sont contenues dans les manuels de facturation des médecins. Intégrés aux systèmes informatiques de ces derniers - par l'intermédiaire des fournisseurs de logiciels - ces fichiers permettent aux agences de facturation de déceler et de corriger la plupart des erreurs de

facturation avant de transmettre les demandes de paiement à la Régie. Cela favorise un traitement moins coûteux et plus rapide des demandes de paiement des médecins;

- L'amélioration du processus de traitement des demandes de révision soumises par les dispensateurs de services; le nouveau processus a permis de réduire les délais de traitement de 70 %.

Pour ce qui est des actions particulières visant à renforcer le contrôle exercé sur le coût des programmes administrés par la Régie, mentionnons, notamment :

- L'obligation faite à tous les résidents du Québec de présenter une carte d'assurance-maladie valide. Depuis le 1er septembre 1991, en effet, la personne qui présente une carte échue doit, au même titre que celle qui ne présente pas sa carte, payer le coût des services reçus puis en demander le remboursement à la Régie après avoir établi, à la satisfaction de celle-ci, son admissibilité au régime d'assurance-maladie;

- L'enquête concernant les montants demandés par les pharmaciens pour les médicaments soumis à la méthode du prix réel d'acquisition. Par suite de cette enquête, la Régie a expédié à la majorité des pharmaciens propriétaires des avis de compensation totalisant plusieurs millions de dollars. Le dossier fait cependant l'objet d'une contestation devant les tribunaux;

- La révision des mécanismes d'analyse et de suivi de la consommation de médicaments par les prestataires de la sécurité du revenu et par les personnes âgées. Ainsi, la Direction générale de l'évaluation et du contrôle a mis au point une «grille améliorée de sélection» des cas de consommation déviants et elle est à élaborer, avec la collaboration d'un groupe d'experts, une série d'interventions propres à aider les personnes âgées à adopter des habitudes de consommation rationnelles.

En 1991-1992, le coût des programmes administrés par la Régie a atteint 3 127 M$, soit une hausse de 11,1 % comparativement à l'exercice précédent. Le programme de services médicaux a coûté 2 083 M$ et équivaut à lui seul à près de 67 % du coût total des programmes. Quant au programme de médicaments et de services pharmaceutiques, son coût s'établit à 629 M$. Ces deux programmes, qui représentent 86,7 % des dépenses de la Régie pour les programmes qu'elle administre, ont, en 1991-1992, progressé respectivement de 8,2 % et de 21,5 %. Le coût du programme de services optométriques s'est accru de 13,8 %, celui des prothèses de 4,4 % alors que celui des services dentaires a augmenté de 21 %.

Le volume des demandes de paiement soumises par les dispensateurs de services assurés a été de 79,4 millions, soit 4,8 % de plus qu'au cours de l'exercice précédent. Il est intéressant de noter que le nombre des demandes de paiement informatisées (ruban magnétique, disquette, télécommunication) a de nouveau augmenté en 1991-1992, pour atteindre quelque 50 millions, soit 63 % de toutes les demandes de paiement reçues.

Les frais d'administration de la Régie, qui représentent 2,3 % du coût des programmes, s'établissent à 72,8 M$, ce qui équivaut à une augmentation de 5,1 % par rapport à 1990-1991.

Au cours des exercices financiers 1990-1991 et 1991-1992, un plan de développement a été présenté et approuvé par le gouvernement en vue de renforcer les contrôles exercés par la Régie sur les coûts des programmes, d'améliorer la qualité des services à la clientèle et de réviser de nombreux systèmes informatiques. Pour l'ensemble de ces projets, des crédits additionnels totalisant 16,8 M$ répartis sur trois ans ont été autorisés par le Conseil du trésor. Au cours de l'exercice 1991-1992, une somme de l'ordre de 5,2 M$ a été consacrée à la réalisation de ces projets.

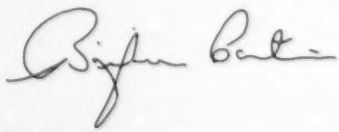
La Régie de l'assurance-maladie, on l'aura constaté, a continué cette année à faire des efforts considérables pour rehausser la qualité des services qu'elle offre aux bénéficiaires du régime et aux dispensateurs de services assurés. Elle a également mis en place des moyens qui lui ont permis d'augmenter encore son efficacité et son efficience dans la gestion des programmes que le gouvernement lui confie.

À tous les employés et employées de la Régie de l'assurance-maladie, qu'il me soit permis d'exprimer ma reconnaissance pour leur collaboration soutenue à la réalisation de notre mission et pour la qualité de leur engagement et de leur travail. J'adresse des remerciements sincères également à toutes et à tous les gestionnaires de la Régie pour le soutien constant manifesté au cours de l'année. C'est grâce à eux, et par eux, que la Régie a pu donner des services de qualité à la population du Québec.

Je désire enfin remercier les membres du Conseil d'administration qui, comme par les années passées, m'ont offert une collaboration indéfectible et fourni des avis judicieux.

L'année qui vient nous réserve, elle aussi, des défis nombreux et importants. Je suis assuré que nos employées et employés permettront à la Régie de maintenir le haut niveau de performance qui la caractérise depuis toujours.

Le président-directeur général,



Réjean Cantin

Chapitre premier

LA RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE

STATUT JURIDIQUE

La Régie a été instituée en 1969 en vue d'administrer le régime d'assurance-maladie. La Régie est une corporation au sens du Code civil; elle en possède tous les pouvoirs généraux et, en plus, les pouvoirs particuliers que sa loi constitutive lui confère.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux est responsable de l'application de la *Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec* (L.R.Q., c. R-5), à l'exception de certaines sections du chapitre IV sur le financement de la Régie: la section I (contribution), dont l'application est confiée au ministre du Revenu, et les sections II (Fonds des services de santé) et III (Fonds de roulement), au ministre des Finances.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux répond également devant l'Assemblée nationale de l'application de la *Loi sur l'assurance-maladie* (L.R.Q., c. A-29), entrée en vigueur le 1er novembre 1970. À cette fin, il est autorisé par le gouvernement à conclure des ententes avec les organismes représentant les professionnels de la santé. La Régie est liée par ces ententes et doit veiller à ce qu'elles soient respectées.

RÔLE ET FONCTIONS

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives* (Projet de loi 120, L.R.Q., 1991, c. 42), sanctionnée le 4 septembre 1991, a apporté certaines modifications au rôle et aux fonctions de la Régie décrits à la *Loi sur la Régie de l'assurance-maladie*. Le rôle de la Régie a été précisé afin d'harmoniser l'administration des programmes institués par la *Loi sur l'assurance-maladie* et celle des programmes que la loi ou le gouvernement lui confie. En outre, certaines de ses fonctions ont été révisées de façon à favoriser le plein accomplissement de sa mission, plus particulièrement en ce qui concerne le contrôle des programmes, le conseil et la contribution à la recherche dans le domaine de la santé et des services sociaux.

La Régie a pour fonction d'appliquer et d'administrer le régime d'assurance-maladie institué par la *Loi sur l'assurance-maladie* ainsi que tout autre programme que la loi ou le gouvernement lui confie. Elle doit:

- Assumer, conformément à la loi, aux règlements, aux ententes et aux accords, le paiement ou le remboursement des services et des biens prévus aux programmes;

- Contrôler l'admissibilité des personnes aux programmes et l'utilisation de ceux-ci par les dispensateurs et les bénéficiaires;

- Conseiller le ministre de la Santé et des Services sociaux sur l'administration ou l'application des programmes;

- Tenir un registre de tous les dispensateurs agréés de services assurés qui permette de vérifier leur admissibilité aux diverses modalités de rémunération;

- Recouvrer, des tiers responsables de maladies ou d'accidents et des organismes pour lesquels elle administre des programmes, les sommes dont ils ont occasionné le paiement;

- Faire les évaluations et donner les avis nécessaires à la bonne administration et à l'application des programmes;

- Renseigner les bénéficiaires et les dispensateurs de services et de biens sur les programmes, les critères d'admissibilité et la façon de demander un paiement ou un remboursement;

- Contribuer à la recherche dans le domaine de la santé et des services sociaux.

À ces fonctions s'ajoute la responsabilité d'assurer le service de secrétariat des comités de révision et des conseils d'arbitrage constitués en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*.

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'administration de la Régie se compose de 14 membres, tous nommés par le gouvernement.

Le Conseil d'administration de la Régie

Membres[1]	Milieu représenté
Réjean Cantin *Président-directeur général*	
Reynald Gagnon *Vice-président*	Gouvernement
Claude Chicoine Jean-G. Prud'Homme Clément Richer Robert Théroux Poste vacant	Professionnels de la santé
Charles Chamard	Milieu hospitalier
Paul-G. Brunet	Consommateurs
Lionel Boulet Pierrette Rayle	Milieu des affaires
Francine Dufresne Henri Massé	Milieu du travail
Maurice Charlebois[2]	Gouvernement
Secrétaire Denis Morency	

1. En fonction au 31 mars 1992.
2. Nommé le 6 novembre 1991.

Le Conseil d'administration exerce notamment les pouvoirs suivants: il adopte les règlements de régie interne et des règlements d'application de la *Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec* et de la *Loi sur l'assurance-maladie*, donne des avis sur des projets de règlement d'application de la *Loi sur l'assurance-maladie* ou les recommande au gouvernement et approuve tout ce qui touche à l'administration supérieure de l'organisme, c'est-à-dire les objectifs généraux, le budget directeur et l'état de l'effectif, les politiques générales, les états financiers annuels, les baux et contrats dont la valeur globale est déterminée par résolution, les emprunts, la radiation de toute créance excédant le montant établi par résolution et la politique de placement à court terme.

LE COMITÉ DE VÉRIFICATION

Le Comité de vérification se compose de deux membres du Conseil d'administration nommés par ce dernier, Me Paul-G. Brunet et M. Charles Chamard, et d'un directeur désigné par le Conseil d'administration sur la recommandation du président-directeur général de la Régie. Il s'agit de M. André Roy. Me Brunet assume la présidence de ce comité.

Le Comité de vérification a pour mandat:

- De conseiller le président-directeur général sur le choix des priorités d'intervention de la vérification interne ainsi que sur les plans annuels et à long terme de vérification interne;
- D'étudier le rapport annuel de la Direction de la vérification interne et de l'assurance-qualité et celui du Vérificateur général, d'examiner le suivi de leurs recommandations et d'en faire rapport au Conseil d'administration;
- D'effectuer, à la demande du Conseil d'administration, l'étude de toute autre question ayant trait à l'administration des programmes de la Régie.

Chapitre 2

LES DONNÉES FINANCIÈRES

SOURCES DE FINANCEMENT

Le financement des programmes et des frais d'administration de la Régie est assuré par diverses sources. Le Fonds des services de santé ainsi que le gouvernement du Québec garantissent la plus grande partie des sommes requises.

Le Fonds des services de santé

Le Fonds des services de santé a été créé en juin 1981 afin de pourvoir à une partie des besoins financiers de la Régie et du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'administration de leurs programmes. Il est alimenté par une contribution représentant un pourcentage de la masse salariale (3,75 % depuis le 1er septembre 1991), que les employeurs remettent au ministre du Revenu et que le ministre des Finances répartit ensuite également entre la Régie et le ministère de la Santé et des Services sociaux. Le ministre des Finances ajoute périodiquement les sommes nécessaires à l'équilibre des revenus et des dépenses de la Régie, qu'il prélève sur le Fonds consolidé du Revenu.

Le gouvernement du Québec

Le gouvernement du Québec, par l'entremise de certains ministères avec lesquels la Régie conclut des accords, finance les programmes suivants:

- L'assistance-maladie, qui couvre les biens et services fournis aux prestataires de la sécurité du revenu de même que la rémunération des pharmaciens dans le cadre d'un mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation de médicaments (ministère de la Main-d'oeuvre, de la Sécurité du revenu et de la Formation professionnelle);

- Les services hospitaliers reçus hors du Québec, les médicaments fournis à certains bénéficiaires atteints de maladies graves ou chroniques, le paiement de primes d'installation et de bourses de formation spécialisée ainsi que la rémunération des résidents en médecine (ministère de la Santé et des Services sociaux).

La Commission de la santé et de la sécurité du travail

La Régie assume la rémunération des médecins qui exercent dans le cadre des lois administrées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail:

- Les paiements à l'acte pour les services assurés en vertu de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, de la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels* et de la *Loi visant à favoriser le civisme;*

- Les salaires et les vacations pour les services assurés en vertu de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail.*

La Commission rembourse à la Régie les sommes ainsi engagées.

Les autres provinces

Conformément à une entente interprovinciale, la Régie paie aux établissements du Québec les services hospitaliers rendus à des résidents des autres provinces et se fait ensuite rembourser par celles-ci.

Les autres sources

Divers autres revenus contribuent au financement de la Régie, principalement:

- Le recouvrement, des tiers responsables de maladies ou d'accidents, du montant des services assurés en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie* et de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation;*

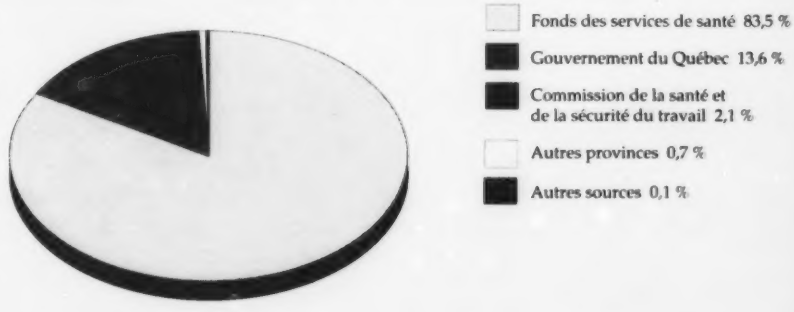
- Les primes versées par les ressortissants étrangers qui désirent bénéficier de l'assurance-maladie et de l'assurance-hospitalisation; ces primes sont de 575 $ par an pour une personne seule et de 2 600 $ par an pour une famille et son personnel domestique.

La Régie remet au ministère de la Santé et des Services sociaux la part des recouvrements et des primes qui se rapporte à l'assurance-hospitalisation.

À ces sommes s'ajoutent les revenus provenant d'intérêts bancaires et de ventes de services à des ministères ou à des organismes gouvernementaux.

Graphique 1

Sources de financement en 1991-1992



ÉTATS FINANCIERS DE L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 1992

Rapport du Vérificateur

J'ai vérifié le bilan de la Régie de l'assurance-maladie du Québec au 31 mars 1992 ainsi que l'état du coût et du financement des programmes administrés par la Régie de l'exercice terminé à cette date. La responsabilité de ces états financiers incombe à la direction de la Régie. Ma responsabilité consiste à exprimer une opinion sur ces états financiers en me fondant sur ma vérification.

Ma vérification a été effectuée conformément aux normes de vérification généralement reconnues. Ces normes exigent que la vérification soit planifiée et exécutée de manière à fournir un degré raisonnable de certitude quant à l'absence d'inexactitudes importantes dans les états financiers. La vérification comprend le contrôle par sondages des informations probantes à l'appui des montants et des autres éléments d'information fournis dans les états financiers. Elle comprend également l'évaluation des conventions comptables suivies et des estimations importantes préparées par la direction, ainsi qu'une appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

À mon avis, ces états financiers présentent fidèlement, à tous égards importants, la situation financière de la Régie au 31 mars 1992 ainsi que les résultats de ses opérations pour l'exercice terminé à cette date selon les conventions comptables énoncées à la note 2. Conformément aux exigences de la *Loi sur le vérificateur général* (L.R.Q., chapitre V-5.01), je déclare qu'à mon avis ces conventions ont été appliquées de la même manière qu'au cours de l'exercice précédent.

Le Vérificateur général du Québec,

Guy Breton

Guy Breton, f. c. a.

Québec, le 29 mai 1992

Régie de l'assurance-maladie du Québec

Coût et financement des programmes administrés par la Régie de l'exercice terminé le 31 mars 1992

	Régime d'assurance-maladie	Assistance-maladie	Autres programmes	Total 1992	Total 1991
			(en milliers de dollars)		
Coût des programmes					
Services médicaux	1 991 969		90 908	2 082 877	1 925 009
Services optométriques	55 374	4 358		59 732	52 490
Services dentaires	85 647	55 189		140 836	116 411
Médicaments et services pharmaceutiques	478 442	150 444	497	629 383	518 093
Prothèses	37 129	10 747		47 876	45 835
Bourses et primes	28 470		4 293	32 763	28 336
Services hospitaliers (note 3)			133 337	133 337	127 021
	2 677 031	**220 738**	**229 035**	**3 126 804**	**2 813 195**
Recouvrements des tiers responsables et des ressortissants étrangers pour soins hospitaliers			3 563	3 563	3 141
	2 677 031	**220 738**	**225 472**	**3 123 241**	**2 810 054**
Frais d'administration (note 4)	63 045	7 212	2 543	72 800	69 248
	2 740 076	**227 950**	**228 015**	**3 196 041**	**2 879 302**
Sources de financement					
Fonds des services de santé	2 670 143			2 670 143	2 434 933
Gouvernement du Québec		227 950	205 410	433 360	366 971
Ententes réciproques avec les autres provinces (note 3)			22 605	22 605	20 152
Commission de la santé et de la sécurité du travail	66 578			66 578	54 711
Autres	3 355			3 355	2 535
	2 740 076	**227 950**	**228 015**	**3 196 041**	**2 879 302**

Régie de l'assurance-maladie du Québec

Bilan au 31 mars 1992

	1992	1991
	(en milliers de dollars)	
Actif		
À court terme		
Encaisse	1 871	1 964
Contributions à recevoir du Fonds des services de santé	242 895	237 753
Frais à récupérer		
Programme d'assistance-maladie	72 497	49 482
Autres programmes	78 264	63 223
Autres créances	7 892	2 670
	403 419	**355 092**
Immeuble du siège social (note 5)	14 200	14 800
	417 619	**369 892**
Passif		
À court terme		
Chèques en circulation	45 516	59 776
Services à payer	350 768	284 621
Autres créditeurs et frais courus	7 135	10 695
	403 419	**355 092**
Dette à long terme (note 6)	14 200	14 800
	417 619	**369 892**

Pour la Régie

Réjean Cantin
Président-directeur général

Me Paul-G. Brunet
Membre du Conseil d'administration
et président du Comité de vérification

NOTES COMPLÉMENTAIRES 31 MARS 1992

1. Constitution, fonction et financement

La Régie, corporation constituée par la *Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec* (L.R.Q., chapitre R-5 et modifications), a pour fonction d'administrer le régime d'assurance-maladie et tout autre programme que la loi ou le gouvernement lui confie.

La Régie administre, entre autres, le programme d'assistance-maladie du ministère de la Main-d'oeuvre, de la Sécurité du revenu et de la Formation professionnelle, ainsi que les parties suivantes de programmes du ministère de la Santé et des Services sociaux : la rémunération des résidents en médecine, le paiement des services hospitaliers rendus hors du Québec, le paiement des primes d'installation et des bourses de formation spécialisée et la perception des sommes à recouvrer pour soins hospitaliers à l'égard des résidents des autres provinces, des tiers responsables et des ressortissants étrangers. La Régie paie en outre les services professionnels rendus par les médecins oeuvrant dans le cadre de lois administrées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail et se fait rembourser par cette dernière les frais ainsi occasionnés.

Le financement du régime d'assurance-maladie s'effectue à même le Fonds des services de santé qui est constitué de la contribution des employeurs et des sommes qu'y verse le ministre des Finances à même le Fonds consolidé du revenu et selon les besoins de la Régie.

2. Conventions comptables

Les états financiers de la Régie ont été préparés par la direction selon les conventions comptables énoncées ci-dessous. Ces états comprennent des montants fondés sur les meilleurs jugements et estimations.

- Sources de financement

Les revenus sont enregistrés selon la méthode de la comptabilité d'exercice à l'exception des sommes recouvrées des tiers et des contributions des ressortissants étrangers qui le sont lors de leur encaissement.

- Coût des programmes

Les montants imputés au coût des programmes comprennent la valeur estimative des demandes de paiement reçues jusqu'au 30 avril à l'égard des services rendus et des médicaments fournis avant le 1er avril.

- Frais d'administration

Les frais d'administration sont comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice.

- Immobilisations

L'immeuble du siège social est comptabilisé au prix coûtant et l'amortissement correspond à la partie de la dette à long terme remboursée au cours de l'exercice. Les acquisitions d'ameublement et d'équipement ainsi que les améliorations des aires locatives sont imputées aux frais d'administration.

3. Services hospitaliers

	1992	1991
	(en milliers de dollars)	
Services hospitaliers reçus hors du Québec par ses résidents	110 732	106 869
Services hospitaliers reçus au Québec par des résidents des autres provinces	22 605	20 152
	133 337	**127 021**

4. Frais d'administration

	1992	1991
	(en milliers de dollars)	
Traitements et avantages sociaux	49 389	44 801
Locaux, équipement et ameublement	10 860	11 986
Fournitures et approvisionnements	1 893	2 549
Services de transport et de communication	3 597	3 324
Intérêts sur la dette à long terme	1 595	1 643
Services professionnels et autres	4 866	4 345
Amortissement de l'immeuble du siège social	600	600
	72 800	**69 248**

5. Immeuble du siège social

	1992	1991
	(en milliers de dollars)	
Coût de l'immeuble	18 537	18 537
Amortissement accumulé	4 337	3 737
	14 200	**14 800**

6. Dette à long terme

	1992	1991
	(en milliers de dollars)	
Obligations, série «A», 10,875 % l'an, remboursables par versements annuels de 600 000 $ en capital plus les intérêts et échéant le 30 septembre 1995. Le remboursement du capital et le paiement des intérêts sont garantis par le gouvernement du Québec.	14 200	14 800

7. Régimes de retraite

Les employés de la Régie et les professionnels de la santé rémunérés à salaire participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP) ou au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF). Ces régimes sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès.

Les contributions de la Régie imputées aux résultats de l'exercice s'élèvent à 2 135 773 $ (1991: 1 883 575 $) pour ses employés et sont incluses dans les frais d'administration. De plus, les contributions pour les professionnels de la santé rémunérés à salaire s'élèvent à 4 730 347 $ (1991: 4 489 977 $) et sont incluses dans le coût des programmes aux postes Services médicaux et Services dentaires. Les obligations de la Régie envers ces régimes gouvernementaux se limitent à ses contributions pour services courants à titre d'employeur.

Tableau 1

Le coût des programmes administrés par la Régie[1] de 1987-1988 à 1991-1992 (en k$)

	1987-1988	1988-1989	1989-1990	1990-1991	1991-1992
Services médicaux	**1 548 831**	**1 666 814**	**1 780 564**	**1 925 009**	**2 082 877**
A Rémunération à l'acte	1 258 773	1 364 332	1 454 730	1 571 512	1 673 310
Omnipraticiens	492 889	523 132	555 711	597 737	634 236
Spécialistes	747 881	822 464	877 643	951 816	1 014 495
Professionnels de la santé hors du Québec	8 590	8 538	9 408	9 407	9 949
Remboursements versés aux bénéficiaires	9 413	10 198	11 250	11 906	14 204
B Soutien financier[2]	0	0	718	646	426
A Rémunération à salaire et à la vacation	185 927	194 746	210 764	231 850	260 237
Salaire et honoraires fixes	82 369	88 337	93 466	97 085	100 569
Vacation et honoraires forfaitaires	103 558	106 409	117 298	134 765	159 668
B Rémunération des résidents en médecine	69 694	67 852	71 296	73 335	90 455
A Rémunération à l'acte - C.S.S.T.	34 437	39 884	43 774	48 312	58 875
A Services optométriques	**42 180**	**45 022**	**50 008**	**52 490**	**59 732**
Services dentaires	**112 610**	**115 242**	**111 780**	**116 411**	**140 836**
A Chirurgie buccale	3 487	4 325	3 393	4 219	4 065
A Services dentaires	98 444	102 377	99 653	102 624	126 068
Enfants	76 243	81 698	78 123	78 436	91 452
Prestataires de la sécurité du revenu (P.S.R.)	22 201	20 679	21 530	24 188	34 616
B Prothèses dentaires (P.S.R.)	10 679	8 540	8 734	9 568	10 703
Dentistes	3 123	2 615	2 653	2 819	3 359
Denturologistes	7 556	5 925	6 081	6 749	7 344
Médicaments et services pharmaceutiques	**343 194**	**395 347**	**448 507**	**518 093**	**629 383**
A Prestataires de la sécurité du revenu	91 798	99 135	106 483	121 019	150 444
A Personnes âgées	251 293	296 061	341 831	396 621	478 442
B Patients d'exception	103	151	193	378	360
B Surveillance et suivi de la consommation[3]	0	0	0	75	137
Prothèses	**30 681**	**32 743**	**38 160**	**45 835**	**47 876**
A Prothèses et appareils orthopédiques	23 838	25 121	30 847	38 050	36 950
A Aides pour les handicapés visuels	1 612	1 819	1 450	1 664	2 222
A Aides pour les handicapés auditifs (- de 36 ans)	2 172	2 649	2 556	2 697	3 851
B Aides pour les handicapés auditifs (P.S.R.)	656	723	790	809	1 221
B Prothèses mammaires externes	140	129	121	126	189
B Prothèses oculaires	112	116	127	118	205
B Appareils pour stomisés permanents	2 151	2 186	2 269	2 371	3 238
Bourses et primes	**19 040**	**22 536**	**20 079**	**28 336**	**32 763**
A Bourses d'études	1 592	1 152	888	786	583
A Bourses de recherche	5 424	5 856	6 499	6 990	7 454
B Bourses de formation spécialisée[3]	0	0	0	371	537
B Primes d'installation[3]	0	0	0	3 555	3 756
A Mesures incitatives	4 326	5 202	5 307	6 082	6 906
A Assurance-responsabilité professionnelle	7 698	10 326	7 385	10 552	13 527
Services hospitaliers	**129 377**	**116 146**	**117 530**	**127 021**	**133 337**
B Services rendus hors du Québec	111 377	98 155	99 517	106 869	110 732
B Services rendus au Québec à des résidents des autres provinces	18 000	17 991	18 013	20 152	22 605
Total	**2 225 913**	**2 393 850**	**2 566 628**	**2 813 195**	**3 126 804**

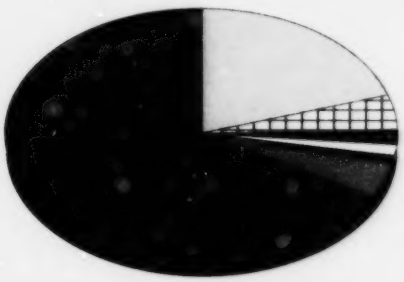
1. A et B font référence respectivement aux programmes administrés en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie* et de la *Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec* (voir Annexe 1).

2. Programme confié à la Régie depuis l'exercice 1989-1990.

3. Programme confié à la Régie depuis l'exercice 1990-1991.

Graphique 2

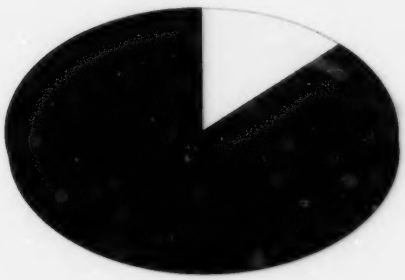
Répartition du coût des programmes en 1991-1992



Médicaments et services pharmaceutiques 20,1 %
Services dentaires 4,5 %
Services optométriques 1,9 %
Prothèses 1,5 %
Bourses et primes 1,1 %
Services hospitaliers 4,3 %
Services médicaux 66,6 %

Graphique 3

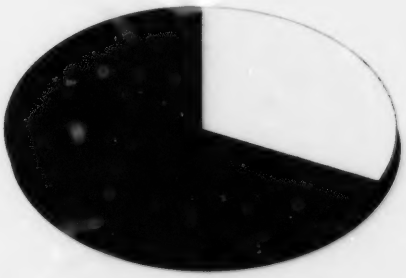
Services médicaux



Rémunération à salaire et à la vacation 12,5 %
Rémunération des résidents en médecine 4,3 %
Rémunération à l'acte 83,2 %

Graphique 4

Services dentaires



Services dentaires et prothèses dentaires pour les prestataires de la sécurité du revenu 32,2 %
Chirurgie buccale 2,9 %
Services dentaires pour les enfants 64,9 %

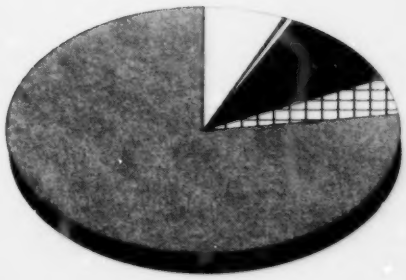
Graphique 5

Médicaments et services pharmaceutiques

- Personnes âgées 76 %
- Prestataires de la sécurité du revenu 23,9 %
- Patients d'exception, surveillance et suivi de la consommation 0,1 %

Graphique 6

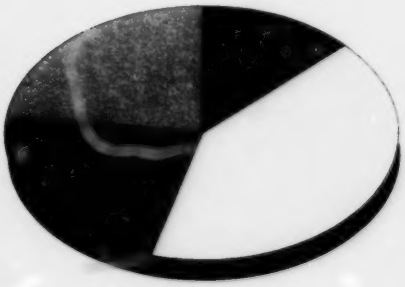
Prothèses



- Prothèses et appareils orthopédiques 77,2 %
- Aides visuelles 4,6 %
- Aides auditives pour les moins de 36 ans 8 %
- Aides auditives pour les prestataires de la sécurité du revenu 2,6 %
- Prothèses mammaires 0,4 %
- Prothèses oculaires 0,4 %
- Appareils pour les stomisés permanents 6,8 %

Graphique 7

Bourses et primes



- Bourses de recherche 22,8 %
- Mesures incitatives 21,1 %
- Bourses d'études 1,8 %
- Assurance-responsabilité professionnelle 41,3 %
- Primes d'installation et bourses de formation spécialisée 13 %

Mesures incitatives

- Omnipraticiens 20,9 %
- Spécialistes 13,7 %
- Dentistes 65,4 %

Graphique 8

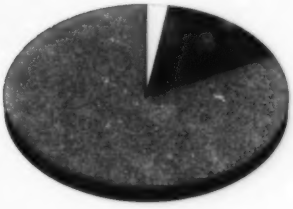
Services hospitaliers[1]

Services reçus hors du Québec 83 %

Services reçus au Québec par des résidents des autres provinces 17 %

Services reçus hors du Québec

Au Canada



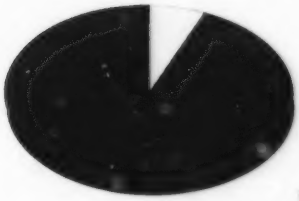
Ontario 82,7 %

Nouveau-Brunswick 12,6 %

Terre-Neuve 2 %

Autres provinces 2,7 %

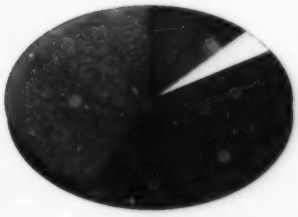
Hors du Canada



États-Unis 93,6 %

Autres pays 6,4 %

Services reçus au Québec par des résidents des autres provinces



Ontario 43,6 %

Nouveau-Brunswick 27,7 %

Territoires du Nord-Ouest 12,5 %

Terre-Neuve 4,5 %

Autres provinces 11,7 %

1. Ce programme ne comprend pas les services hospitaliers fournis au Québec à des résidents du Québec.

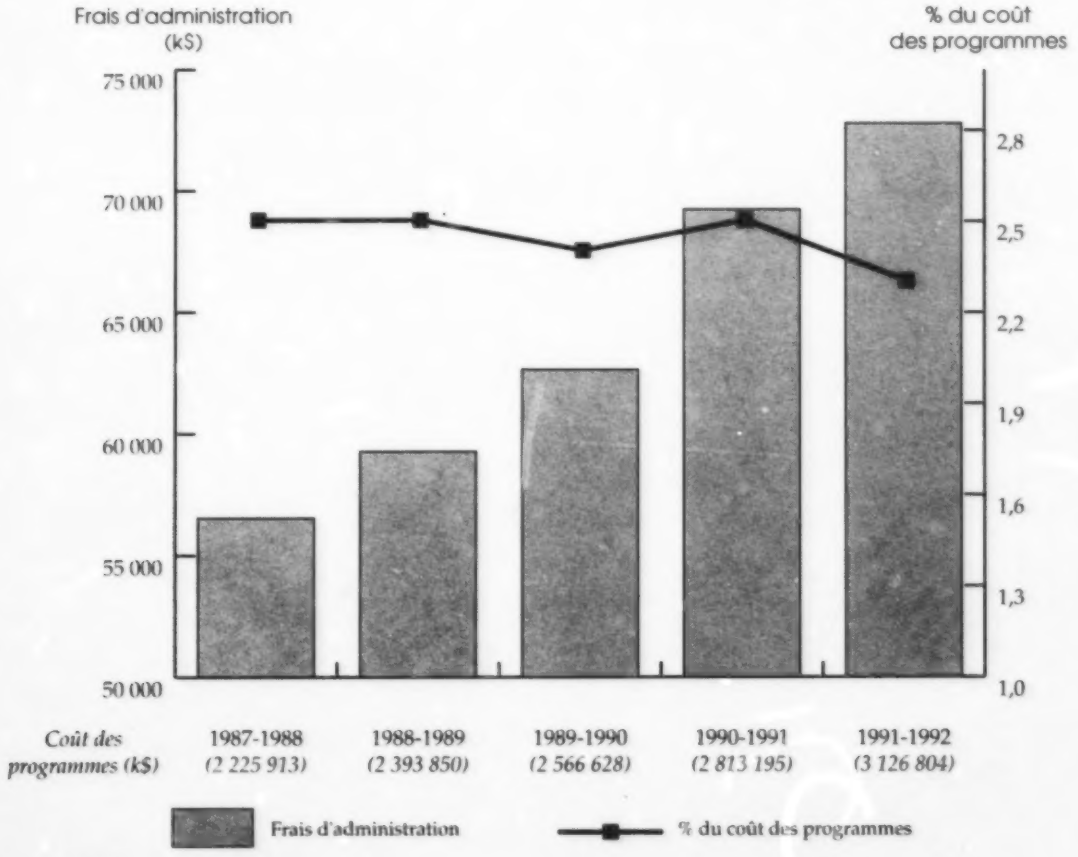
FRAIS D'ADMINISTRATION

L'administration de la Régie a engendré des frais de 72,8 M$ au cours de l'exercice 1991-1992. Par rapport à l'exercice 1987-1988, ces frais ont augmenté de 16,2 M$, ce qui équivaut à un taux moyen de croissance annuelle de 6,5 %. Cependant, en excluant une somme de l'ordre de 5,2 M$ consacrée au cours de l'exercice au plan de développement visant à raffermir les contrôles et à la révision de nombreux systèmes, le taux moyen de croissance annuelle aurait été de 4,6 %. Depuis 1987-1988, le nombre de demandes de paiement traitées par année a augmenté de 12,6 M, ce qui représente une croissance annuelle moyenne de 4,4 %.

En 1991-1992, les frais d'administration représentaient 2,3 % du coût des programmes.

Graphique 9

Évolution des frais d'administration de 1987-1988 à 1991-1992



Chapitre 3

L'ORGANISATION ET LA GESTION

LA STRUCTURE ADMINISTRATIVE

La structure administrative de la Régie est conçue en fonction du meilleur accomplissement possible de tous les aspects de sa mission.

La mission de la Régie comporte trois volets majeurs qui sont : payer ou rembourser le coût des services et des biens assurés, évaluer et contrôler l'utilisation du régime ou des programmes et conseiller sur ce sujet les autorités gouvernementales.

La structure administrative se caractérise principalement par :

- L'existence de cinq directions générales : la Direction générale des services aux bénéficiaires, la Direction générale des services aux professionnels, la Direction générale de l'évaluation et du contrôle, la Direction générale des affaires corporatives et la Direction générale de l'administration;

- La répartition, dans les trois premières, des activités directement reliées à l'accomplissement de la mission;

- Le regroupement des activités de soutien dans la Direction générale de l'administration;

- L'existence d'une Direction générale des affaires corporatives qui, en plus d'être chargée du secrétariat de l'organisme et des activités de nature juridique, apporte une contribution majeure au développement des programmes;

- Le regroupement, dans une direction relevant du président-directeur général, des activités d'assurance-qualité, de vérification interne et d'information de gestion pour l'ensemble de la Régie;

- L'existence d'un poste de commissaire aux plaintes des bénéficiaires.

LE COMMISSAIRE AUX PLAINTES DES BÉNÉFICIAIRES

Le mandat du commissaire aux plaintes des bénéficiaires, dont le poste a été créé par le Conseil d'administration de la Régie, est de représenter de façon indépendante les bénéficiaires devant l'administration de la Régie pour défendre leurs droits et voir à ce qu'ils obtiennent les meilleurs services. Outre les plaintes et les demandes de révision de décisions de la Régie, il examine et apprécie les dispositions législatives et réglementaires, ainsi que les politiques et procédures administratives applicables aux bénéficiaires par la Régie et il fait des recommandations tant sur la détermination de leur contenu que sur leur application.

Le commissaire aux plaintes des bénéficiaires doit soumettre au Conseil d'administration de la Régie un rapport semestriel et un rapport annuel de ses activités.

Au cours de l'exercice financier 1991-1992, le commissaire aux plaintes des bénéficiaires a reçu et traité 177 plaintes de bénéficiaires. Il a formulé des recommandations relativement à 6 de ces dossiers, et elles ont été acceptées par la Régie; 175 dossiers de plaintes ont été fermés et 2 sont à l'étude.

Le commissaire aux plaintes des bénéficiaires a également traité 210 demandes de révision de décisions de la Régie par des bénéficiaires. Dans ces dossiers qui lui ont été soumis par les directions concernées, la Régie n'entendait pas faire droit aux demandes de révision. Le commissaire a formulé des recommandations au regard de 78 de ces dossiers; 77 d'entre elles ont été acceptées par la Régie et une est à l'étude. Des 210 dossiers de demandes de révision, 209 ont été fermés.

LA DIRECTION DE LA VÉRIFICATION INTERNE ET DE L'ASSURANCE-QUALITÉ

La Direction de la vérification interne et de l'assurance-qualité procède à des vérifications ainsi qu'à des évaluations et elle formule des recommandations concernant la conformité des systèmes de traitement et d'inscription avec les documents officiels. Elle s'assure également que l'ensemble des systèmes et activités de la Régie sont gérés en conformité avec les lois, politiques et procédures administratives et que les objectifs visés sont atteints. De plus, la Direction assume le suivi global des inventaires des

demandes de paiement et de remboursement et elle est chargée de produire, à l'intention de la haute direction, l'information de gestion portant sur l'ensemble des activités de l'organisme et sur les programmes qu'il administre.

Le Service de la vérification interne, pour satisfaire aux obligations inhérentes à ses responsabilités, procède à la vérification des activités et systèmes de la Régie selon un plan à long terme. Les projets de vérification qu'il réalise visent à assurer, d'une part, que toutes les fonctions sont assumées conformément aux documents officiels et les ressources utilisées selon les principes reconnus d'efficacité, d'efficience, d'économie et de protection des ressources et, d'autre part, que les suivis de gestion sont pertinents, fiables et produits en temps opportun. Le Service fait, en outre, le suivi des recommandations formulées dans les rapports du Vérificateur général, de la Vérification interne et dans les rapports d'évaluation des systèmes informatiques à la suite de leur implantation. Il procède, d'autre part, à la publication mensuelle du rapport d'information de gestion qui a trait aux programmes et activités de la Régie ainsi qu'aux ressources qui y sont consacrées.

Au cours de l'exercice 1991-1992, le Service a complété les trois projets de vérification entrepris au cours de l'exercice précédent et en a amorcé deux nouveaux. De plus, il a pris en charge trois mandats spéciaux d'assistance et participé à l'implantation de la méthodologie de gestion de projet.

Le programme d'assurance-qualité porte sur l'ensemble des systèmes de traitement des demandes de paiement et des systèmes d'inscription de la Régie. Il vise à assurer que ces derniers évoluent dans le cadre des normes fixées, que les personnes sont inscrites et les demandes de paiement et de remboursement traitées et payées conformément aux lois, ententes, accords, règlements et autres documents officiels. Les travaux de vérification se font par échantillonnage statistique, extraction informatique, introduction de sondeurs (demandes de paiement de contrôle) et suivi d'indicateurs de performance. Au cours de l'exercice 1991-1992, 44 vérifications par échantillonnage ont été effectuées, donnant lieu à 38 rapports. On a suivi 30 075 indicateurs de performance qui ont généré 31 rapports alors que par extraction informatique, deux rapports sur le registre d'inscription des professionnels ont été produits. En ce qui concerne le suivi de l'inventaire, on a publié un rapport tous les mois et effectué 12 études spéciales.

POINTS SAILLANTS DE L'ANNÉE

L'adoption de la vérification intégrée

Une revue des activités a montré l'opportunité d'un changement fondamental de l'approche de vérification interne et les orientations suivantes ont été proposées aux autorités de la Régie :

- Adopter le concept et la méthode de la vérification intégrée de la Fondation canadienne pour la vérification intégrée;
- Faire de la vérification intégrée un projet commun à l'ensemble de l'organisation;
- Prévoir des modalités d'implantation et de transition vers cette méthode.

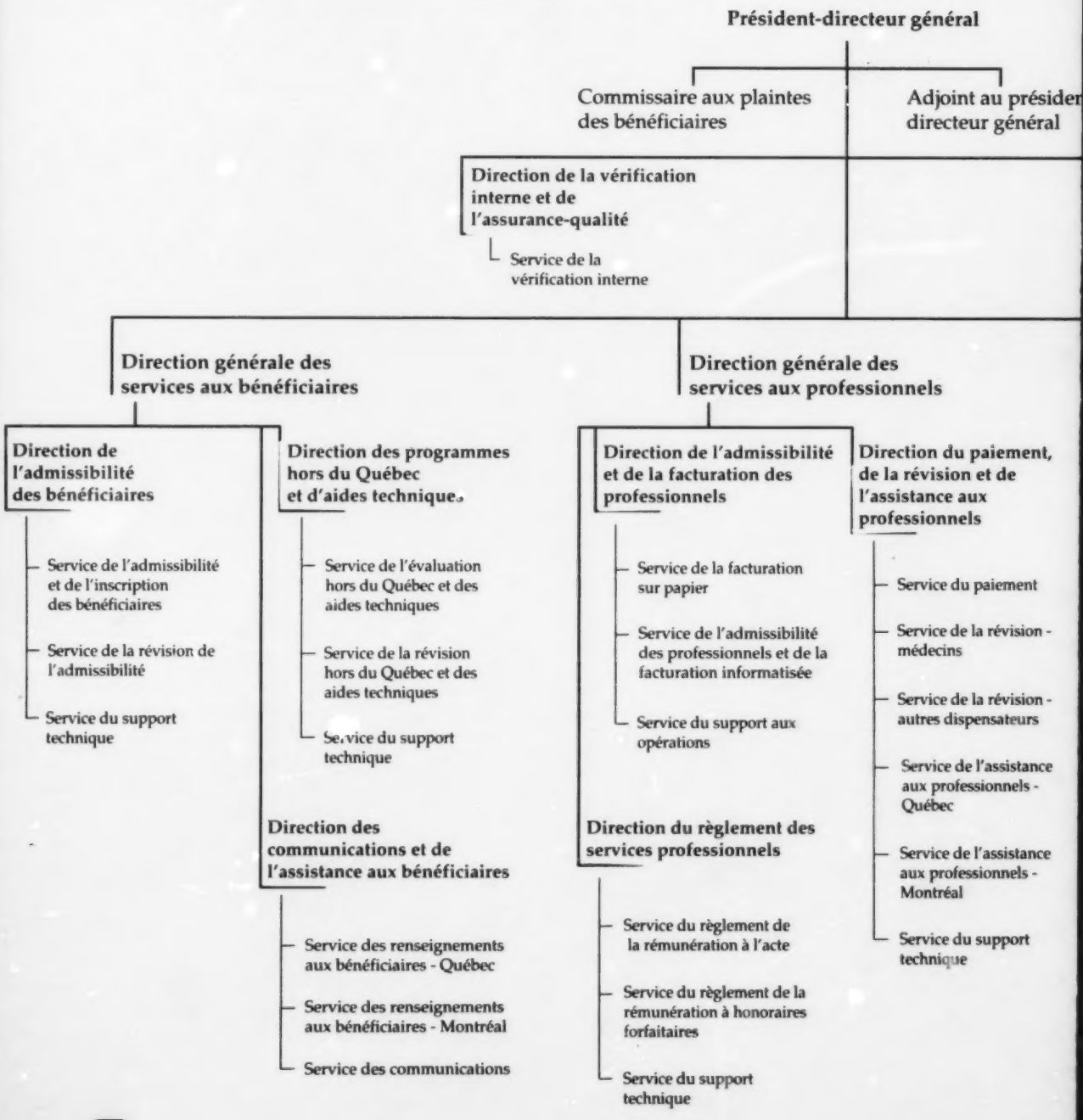
Ces orientations ont été approuvées et le projet est présentement en phase de démarrage.

La révision du système d'information de gestion

Une étude a été menée en vue de mieux répondre aux besoins de la direction en matière d'information de gestion. Les conclusions de cette étude ont été acceptées et un projet est maintenant en cours qui vise à doter la Régie de systèmes d'information pour dirigeants, basés sur les objectifs de l'organisation et les facteurs critiques de succès. Les indicateurs appropriés seront présentés sous forme de tableaux de bord et étayés au besoin par des études spécifiques.

Graphique 10

Structure administrative



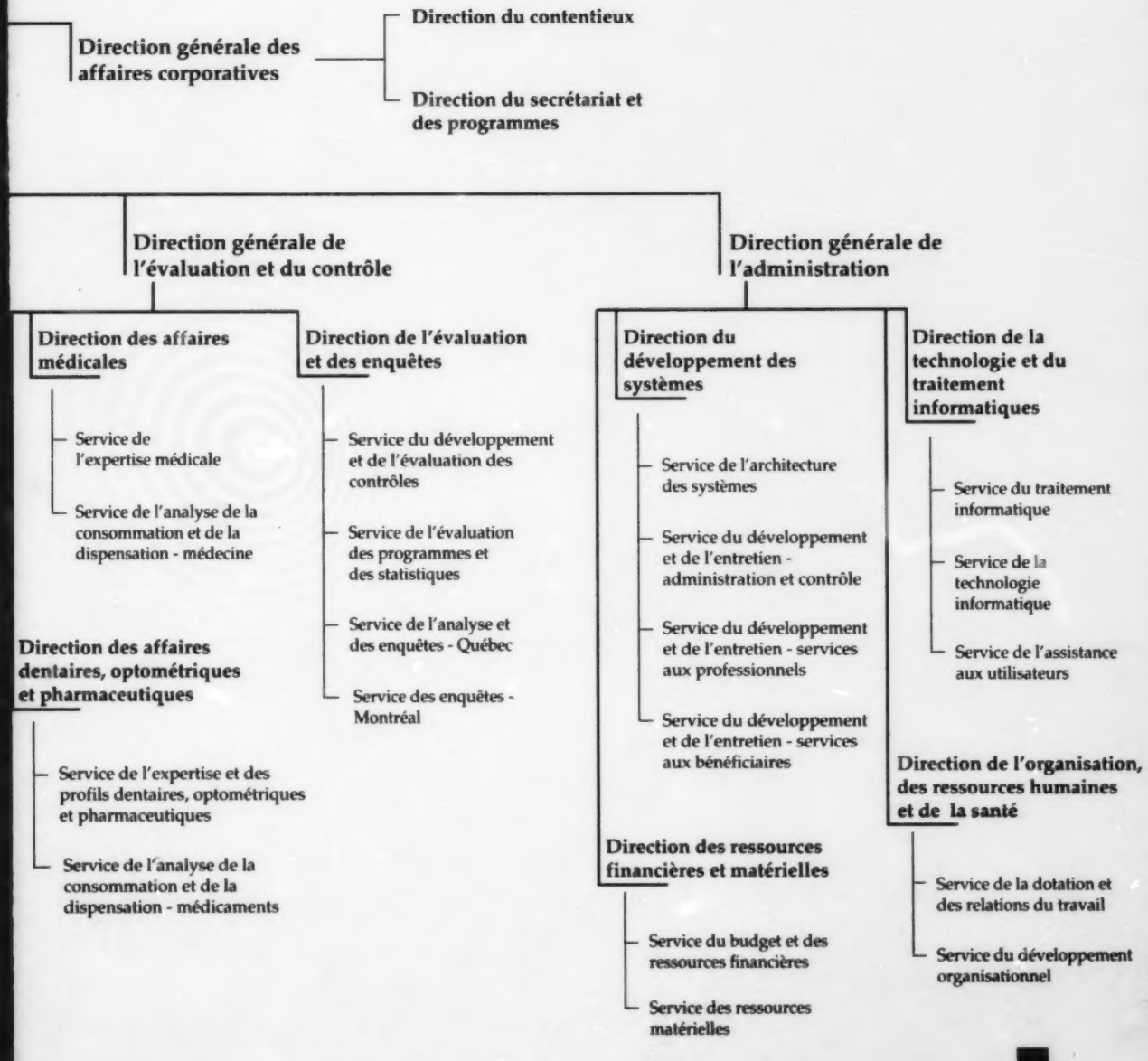

Direction générale des affaires corporatives
Direction du contentieux
Direction du secrétariat et des programmes
Direction générale de l'évaluation et du contrôle
Direction générale de l'administration
Direction des affaires médicales
Service de l'expertise médicale
Service de l'analyse de la consommation et de la dispensation - médecine
Direction de l'évaluation et des enquêtes
Service du développement et de l'évaluation des contrôles
Service de l'évaluation des programmes et des statistiques
Service de l'analyse et des enquêtes - Québec
Service des enquêtes - Montréal
Direction des affaires dentaires, optométriques et pharmaceutiques
Service de l'expertise et des profils dentaires, optométriques et pharmaceutiques
Service de l'analyse de la consommation et de la dispensation - médicaments
Direction du développement des systèmes
Service de l'architecture des systèmes
Service du développement et de l'entretien - administration et contrôle
Service du développement et de l'entretien - services aux professionnels
Service du développement et de l'entretien - services aux bénéficiaires
Direction de la technologie et du traitement informatiques
Service du traitement informatique
Service de la technologie informatique
Service de l'assistance aux utilisateurs
Direction de l'organisation, des ressources humaines et de la santé
Service de la dotation et des relations du travail
Service du développement organisationnel
Direction des ressources financières et matérielles
Service du budget et des ressources financières
Service des ressources matérielles

Tableau 2

État de l'effectif régulier au 31 mars 1992

	Catégories d'emplois						Total	Femmes / Hommes	
	Cadres supérieurs	Cadres intermédiaires	Agents de maîtrise	Professionnels	Fonctionnaires	Ouvriers			
Bureau du président-directeur général	2				1		3	2	1
Commissaire aux plaintes des bénéficiaires	1			1	1		3	2	1
Direction de la vérification interne et de l'assurance-qualité	2			9	14		25	11	14
Direction générale des services aux bénéficiaires	1			2	1		4	2	2
Direction des communications et de l'assistance aux bénéficiaires	2	3		8	53		66	18	48
Direction de l'admissibilité des bénéficiaires	1	4		7	71		83	27	56
Direction des programmes hors du Québec et d'aides techniques	1	6		12	85		104	18	86
Direction générale des services aux professionnels	1			1	1		3	2	1
Direction de l'admissibilité et de la facturation des professionnels	1	7		9	88		105	20	85
Direction du règlement des services professionnels	2	6		11	90		109	19	90
Direction du paiement, de la révision et de l'assistance aux professionnels	2	6		19	62		89	32	57
Direction générale de l'évaluation et du contrôle	2			4	6		12	4	8
Direction des affaires médicales	3			11	12		26	11	15
Direction de l'évaluation et des enquêtes	4	1		19	19		43	26	17
Direction des affaires dentaires, optométriques et pharmaceutiques	3			12	18		33	11	22
Direction générale des affaires corporatives	1			1	4		6	1	5
Direction du contentieux	1			8	4		13	5	8
Direction du secrétariat et des programmes	1			6	4		11	4	7
Direction générale de l'administration	1				2		3	1	2
Direction du développement des systèmes	5	5		57	46		113	56	57
Direction de la technologie et du traitement informatiques	4	2		32	48		86	62	24
Direction des ressources financières et matérielles	3	6		8	46	7	70	45	25
Direction de l'organisation, des ressources humaines et de la santé	3	1		15	22		41	10	31
Réserve d'effectif (employés en congé pour études, congé sans traitement, congé de maternité prolongé, etc.)	2	2	1	6	16		27	13	14
TOTAL	**49**	**49**	**1**	**258**	**714**	**7**	**1 078**	**402**	**676**

LA DIRECTION GÉNÉRALE DES SERVICES AUX BÉNÉFICIAIRES

La Direction générale des services aux bénéficiaires regroupe, de façon générale, les fonctions qui impliquent des relations directes avec les bénéficiaires du régime. Ces fonctions comprennent l'information personnalisée et de masse, l'inscription des bénéficiaires, la délivrance de la carte d'assurance-maladie, le traitement des demandes de paiement et de remboursement concernant les services assurés reçus par des bénéficiaires en dehors du Québec ainsi que les programmes de prothèses, d'orthèses et d'aides techniques.

Il incombe aussi à la Direction générale de conseiller les autres secteurs de la Régie en matière de communication et de leur apporter son aide technique et professionnelle.

Le 3 octobre 1991, par suite des conclusions d'une phase préliminaire réalisée pendant l'exercice 1990-1991, le gouvernement autorisait l'expérimentation d'une carte santé à microprocesseur dans la région de Rimouski. La Régie, en collaboration avec une équipe de recherche de l'Université Laval et du Département de santé communautaire du Centre hospitalier régional de Rimouski, effectue donc les derniers travaux préparatoires au lancement de l'expérience qui doit débuter à l'automne 1992. La Direction générale des services aux bénéficiaires a le mandat de coordonner ce projet qui a pour objectifs de vérifier l'utilité et l'acceptation d'une carte santé à microprocesseur ainsi que la pertinence de l'implanter éventuellement à grande échelle.

La Direction générale des services aux bénéficiaires est composée de la Direction des communications et de l'assistance aux bénéficiaires, de la Direction de l'admissibilité des bénéficiaires et de la Direction des programmes hors du Québec et d'aides techniques.

La Direction des communications et de l'assistance aux bénéficiaires

Cette direction conseille les autorités en matière de stratégies et de moyens de communication externe et elle propose, conçoit et met en oeuvre des programmes d'information et de promotion à l'adresse des professionnels de la santé et des bénéficiaires du régime. Elle met aussi à la disposition de l'organisation son expertise en matière de rédaction, de révision, de traduction, de terminologie, de graphisme, d'expositions et de publicité. De plus, elle produit et diffuse les manuels, communiqués et autres documents de nature administrative destinés à faciliter les transactions entre la Régie et ses interlocuteurs du domaine de la santé.

La Direction est également chargée de renseigner les personnes, par écrit ou verbalement, sur le régime et les programmes. Elle doit aussi assister ces dernières ainsi que les médecins et établissements à l'extérieur du Québec et les compagnies d'assurances dans leurs démarches auprès de la Régie. Alimentée par ses contacts directs avec la population, elle assure la rétro-information, répercutant les observations recueillies aux unités administratives intéressées pour qu'elles y donnent suite. Enfin, la Direction participe à des salons, expositions et autres manifestations propices à la promotion de ses programmes et services.

Tableau 3

Services aux bénéficiaires

	Montréal	Québec
Appels téléphoniques traités personnellement	201 262	149 748
Appels téléphoniques traités par le système automatisé de renseignements	27 401 *	18 401
Visiteurs accueillis aux bureaux de la Régie	92 674	12 292

* Depuis le 16 novembre 1991.

La Direction de l'admissibilité des bénéficiaires

Cette direction a pour rôle d'établir l'admissibilité des personnes au régime et de délivrer la carte d'assurance-maladie. Les cartes ayant une validité réglementaire de quatre ans, elle doit les renouveler à leur expiration. De plus, elle procède au remplacement des cartes à la demande des bénéficiaires et perçoit les frais correspondants s'il y a lieu.

La Direction est chargée de la tenue d'un registre des bénéficiaires qui contient, en plus des données relatives à l'inscription proprement dite, les informations nécessaires pour vérifier le droit au paiement ou au remboursement des différents services assurés. Elle assure également la mise à jour des adresses des bénéficiaires afin de permettre des communications efficaces avec ces derniers. Enfin, la Direction administre les ententes conclues avec les ministères et les organismes gouvernementaux en matière de divulgation des renseignements nominatifs.

Tableau 4

Modifications apportées au registre des bénéficiaires

Cartes délivrées sur la demande du bénéficiaire, sans frais		381 304
Nouvelles inscriptions	54 209	
Naissances	99 095	
Changements de nom	26 108	
Remplacements ou renouvellements	201 892	
Cartes délivrées sur la demande du bénéficiaire, avec frais		95 949
Renouvellements automatiques		1 736 919
Mises à jour des adresses		918 211

Tableau 5

Personnes reconnues comme admissibles au régime d'assurance-maladie durant leur séjour au Québec

Revendicateurs du statut de réfugié	
Nouvelles inscriptions	8 913
Renouvellements d'inscription	14 713
Ressortissants étrangers ayant signé un accord avec la Régie et versé une prime	530
Ressortissants étrangers détenant un certificat d'acceptation du Québec	9 732

Tableau 6

Protocoles d'entente avec des pays étrangers

Ressortissants étrangers bénéficiant du régime québécois	236
Québécois bénéficiant d'un régime étranger	128

La Direction des programmes hors du Québec et d'aides techniques

Cette direction a pour rôle de payer ou de rembourser le coût des services professionnels et hospitaliers reçus par des bénéficiaires hors du Québec ainsi que les services hospitaliers fournis par des établissements québécois à des résidents d'autres provinces. Elle administre également six programmes qui prévoient le paiement d'aides techniques fournies aux résidents du Québec ayant une déficience physique. En collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux et les organismes intéressés, elle participe à la définition des orientations de ces programmes et détermine les mécanismes administratifs qui s'y rattachent, ainsi que les priorités d'action en ce qui concerne leur développement, leur révision et l'implantation des modifications dont ils font l'objet. Enfin, la Direction s'occupe des relations avec les ministères, organismes, provinces, associations professionnelles ou groupes de personnes intéressés relativement aux problèmes d'application des programmes qui relèvent de sa compétence.

Tableau 7

Nombre de demandes de paiement ou de remboursement pour les services hors du Québec et pour les services hospitaliers fournis à des résidents des autres provinces

Services reçus ou fournis hors du Québec	
Au Canada	
Services professionnels	169 823
Services hospitaliers	85 163
Hors du Canada	
Services professionnels et services hospitaliers	70 015
Services hospitaliers fournis au Québec à des résidents des autres provinces	11 927

Tableau 8

Nombre de demandes de paiement ou de remboursement pour les programmes d'aides techniques

Orthèses et prothèses	94 195
Aides auditives	24 384
Aides visuelles	8 456
Prothèses mammaires	2 412
Appareils pour stomisés permanents	7 953
Prothèses oculaires	1 921

POINTS SAILLANTS DE L'ANNÉE

Présentation obligatoire d'une carte valide

La Régie, dans une perspective de raffermissement des contrôles, a resserré l'obligation de présenter une carte d'assurance-maladie valide. C'est ainsi que depuis le 1er septembre 1991, la personne qui présente une carte expirée - tout comme celle qui ne présente pas sa carte d'ailleurs - doit payer les services reçus puis demander un remboursement à la Régie.

Cette obligation ne s'applique cependant pas aux enfants de moins d'un an, aux personnes qui ont besoin de soins d'urgence, aux jeunes de 14 à 18 ans exclusivement qui reçoivent des services assurés sans autorisation parentale ni aux personnes hébergées dans un centre d'accueil ou un centre de soins de longue durée.

Révision de trois programmes d'aides techniques

Les programmes de prothèses mammaires, de prothèses oculaires et d'appareils fournis aux stomisés permanents ont été modifiés au cours de l'année. Il s'agissait de la toute première révision de ces programmes depuis leur instauration, en 1978 dans le cas du premier et en 1981 pour ce qui est des deux autres.

Les deux principaux objectifs de la révision étaient l'élargissement de l'admissibilité et l'augmentation des allocations versées. Les modi-

fications les plus importantes apportées aux programmes sont les suivantes.

Prothèses mammaires externes

- Les personnes de 14 ans ou plus qui sont atteintes d'aplasie sont admissibles au programme;

- Les femmes qui ont subi une mastectomie totale ou radicale ont droit au remboursement dès l'intervention chirurgicale;

- Le montant accordé passe de 50 $ à 200 $ par année par sein.

Prothèses oculaires

- Deux types de prothèses sont prévus : la prothèse sur mesure et la prothèse fabriquée en série (usinée);

- Le montant accordé passe de 200 $ à 585 $ pour une prothèse sur mesure et de 200 $ à 225 $ pour une prothèse fabriquée en série, par période de cinq ans;

- Le montant alloué pour l'entretien d'une prothèse passe de 15 $ à 25 $ par année.

Appareils fournis aux stomisés permanents

- Le montant forfaitaire accordé passe de 300 $ à 600 $ par année par stomie;

- La personne admissible a droit au remboursement dès la date de l'intervention chirurgicale et non plus seulement à la date de réception de sa demande à la Régie.

L'amélioration des services à la clientèle

En 1991-1992, la Direction générale a fait des efforts particuliers pour améliorer et resserrer les communications de la Régie avec ses publics, particulièrement avec les bénéficiaires.

Ainsi, elle a organisé une campagne d'information grand public visant à sensibiliser les bénéficiaires du régime à leur obligation de présenter une carte d'assurance-maladie valide. De plus, pour que cette obligation n'entrave pas le cours normal des activités en milieu hospitalier, la Direction générale a vu à l'installation d'une ligne téléphonique réservée reliant la Régie à un certain nombre d'établissements. Les bénéficiaires dont la carte était expirée pouvaient ainsi obtenir confirmation de leur admissibilité par télécopieur. Ils devaient cependant se procurer ensuite une nouvelle carte sans délai.

Par ailleurs, la «carte-soleil parlante», un système automatisé de renseignements téléphoniques à l'usage du public, a été implantée de façon définitive dans les régions de Québec et de Montréal. Pour ce qui est des autres régions du Québec, quatre lignes sans frais d'interurbain ont été mises à leur disposition.

Par suite de la révision des programmes mentionnés précédemment, la Direction générale a conçu une stratégie de communication spécifiquement orientée vers les publics cibles intéressés. Celle-ci faisait appel, notamment, au concours de relayeurs d'information comme les associations de malades, les professionnels de la santé, les départements de chirurgie et les journalistes spécialisés, ce qui a permis de rejoindre efficacement cette clientèle particulière.

Enfin, pour répondre aux besoins de visiteurs de plus en plus nombreux et aux origines diverses, les locaux affectés à l'accueil aux bureaux de Montréal ont été agrandis et réaménagés. De plus, de nouveaux préposés aux renseignements issus des communautés culturelles se sont joints à l'équipe, de sorte que le personnel de Montréal est maintenant en mesure de servir la population dans sept langues.

LA DIRECTION GÉNÉRALE DES SERVICES AUX PROFESSIONNELS

La Direction générale des services aux professionnels assure les services de première ligne en ce qui concerne l'application des diverses ententes conclues avec les professionnels de la santé et les autres dispensateurs. Elle tient le registre de ces derniers et leur verse les montants auxquels ils ont droit pour les services et les biens assurés qu'ils dispensent au Québec et pour les autres avantages prévus aux programmes (bourses, mesures incitatives et avantages sociaux). Elle leur fournit également l'information et l'assistance dont ils ont besoin pour l'application des programmes et pour leurs transactions avec la Régie. De plus, elle rembourse les bénéficiaires qui ont reçu des services de professionnels de la santé désengagés ou qui n'ont pas présenté une carte d'assurance-

maladie valide et elle verse les montants dont le paiement a été autorisé relativement aux services assurés reçus hors du Québec. Dans le cadre de l'évaluation des demandes de paiement ou de remboursement, elle effectue les contrôles a priori et, au besoin, annule, refuse ou corrige les demandes non conformes.

Elle joue en outre un rôle de conseiller en matière d'administration des ententes et programmes et s'occupe des relations avec les instances intéressées en vue de régler les problèmes que pose leur application.

Les trois directions qui accomplissent le mandat de la Direction générale sont la Direction de l'admissibilité et de la facturation des professionnels, la Direction du règlement des services professionnels et la Direction du paiement, de la révision et de l'assistance aux professionnels.

La Direction de l'admissibilité et de la facturation des professionnels

Cette direction est chargée de tenir un registre des dispensateurs de services assurés et d'établir leur admissibilité aux divers modes de rémunération. Il lui incombe aussi de recevoir et prétraiter les demandes de paiement et de remboursement provenant des dispensateurs de services assurés et des bénéficiaires.

Plus de 78 millions de demandes de paiement ont été reçues au cours de l'année 1991-1992. De ce nombre, 26 % sont parvenues à la Régie par télécommunication, 38 % sur support magnétique et le reste, 36 %, sur papier.

La Régie privilégie la facturation informatisée et plus particulièrement la transmission des demandes de paiement par télécommunication. Pour les professionnels de la santé, ce procédé est plus économique, la qualité des données est meilleure et la rétroaction plus rapide. Pour la Régie, la facturation informatisée permet une réduction substantielle des coûts de transcription et de manipulation des documents.

Tableau 9

Professionnels de la santé inscrits à la Régie au 31 mars

	Soumis à une entente						Désengagés		Non participants	
	Exerçant au Québec		Exerçant hors du Québec		[illegible]					
	1991	1992	1991	1992	1990-1991	1991-1992	1991	1992	1991	1992
Omnipraticiens	7 971	7 928	621	625	7 346	7 403	4	3	15	14
Spécialistes	8 214	8 374	627	660	7 349	7 440	2	2	32	29
Dentistes	2 807	2 872	35	43	2 754	2 883	5	7	181	179
Spécialistes en chirurgie buccale	57	59	0	0	53	59	0	0	0	0
Optométristes	1 044	1 056	46	45	1 069	1 089	0	0	0	0
Pharmaciens propriétaires	1 290	1 301	12	12	1 560[1]	1 570[1]	0	0	2	2
Total	**21 383**	**21 600**	**1 341**	**1 385**	**20 131**	**20 444**	**11**	**12**	**230**	**224**

1. L'unité dénombrée est «une pharmacie propriété d'un pharmacien». Une pharmacie est donc comptée autant de fois qu'elle a eu de propriétaires durant l'année.

Tableau 10

Autres dispensateurs de services assurés inscrits à la Régie au 31 mars

			Ayant présenté des demandes de paiement	
	1991	1992	1990-1991	1991-1992
Aides auditives				
Établissements	1	2	1	2
Audioprothésistes	156	173	114	112
Denturologistes	865	883	790	794
Ocularistes	5	2	2	3
Aides visuelles				
Établissements	5	5	5	5
Prothèses et orthèses				
Établissements	12	12	11	13
Laboratoires	19	18	19	20
Total	**1 063**	**1 095**	**942**	**949**

Tableau 11

Volume des demandes de paiement reçues selon les divers modes de facturation

	Médecins		Pharmaciens		Dentistes		Optométristes		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ruban magnétique	1 771 892	3,9	24 436 266	85,7	0	0	0	0	26 208 158	33,3
Télécommunication	20 418 065	45,0	53 248	0,2	30 538	1,2	67 075	2,9	20 568 926	26,2
Disquette	742 105	1,6	2 717 483	9,5	320 527	13,2	175 436	7,6	3 955 551	5,0
Total : facturation informatisée	22 932 062	50,5	27 206 997	95,4	351 065	14,4	242 511	10,5	50 732 635	64,5
Papier	22 437 314	49,5	1 315 264	4,6	2 079 764	85,6	2 065 516	89,5	27 897 858	35,5
Total	**45 369 376**	**100,0**	**28 522 261**	**100,0**	**2 430 829**	**100,0**	**2 308 027**	**100,0**	**78 630 493**	**100,0**

La Direction du règlement des services professionnels

La principale responsabilité de cette direction est de vérifier la conformité des demandes de paiement et de remboursement avec les dispositions des lois, règlements et ententes qui régissent la rémunération des services et d'autoriser ensuite le paiement. Pour ce faire, elle exerce des contrôles a priori sous forme de validation informatique et d'appréciation par des agents d'évaluation.

Dans la conduite de ses opérations, cette direction doit appliquer, en plus de la *Loi sur l'assurance-maladie* et de son règlement d'application, la quinzaine d'ententes, programmes et accords qui fixent les conditions générales de rémunération des dispensateurs de services assurés.

Au cours de l'exercice 1991-1992, la Direction du règlement des services professionnels a traité 78 millions de demandes de paiement provenant des dispensateurs de services assurés, dont 2,79 millions ont dû être évaluées manuellement par suite de leur rejet à l'étape de la validation; celle-ci a entraîné l'annulation, le refus ou la correction de 2,24 millions de demandes. Les taux de rejets mensuels pour la rémunération à l'acte ont varié de 3,30 à 5,28 %.

La Direction a aussi traité les demandes de remboursement provenant des 43 centres hospitaliers universitaires du Québec pour la rémunération des 1 950 résidents en médecine. Elle a en outre effectué le remboursement des montants versés aux médecins et aux dentistes au titre des diverses mesures incitatives visant à favoriser l'établissement de professionnels de la santé dans les territoires insuffisamment pourvus.

À cela s'ajoutent les 10 607 demandes présentées par les médecins omnipraticiens et spécialistes pour obtenir le remboursement de la portion de leur prime d'assurance-responsabilité professionnelle qui est assumée par la Régie.

Tableau 12

Nombre de demandes de paiement soumises par les dispensateurs de services assurés selon le mode de rémunération

	À l'acte	À la vacation (ou honoraires forfaitaires)[1]	À salaire (ou honoraires fixes)	Total
Médecins	45 255 839	79 865	33 672	45 369 376
Dentistes	2 397 062	1 743	1 511	2 400 316
Optométristes	2 308 027	S/O	S/O	2 308 027
Pharmaciens	28 522 261	S/O	S/O	28 522 261
Denturologistes	30 513	S/O	S/O	30 513
Total	**78 513 702**	**81 608**	**35 183**	**78 630 493**

1. Pour les dentistes, l'appellation *rémunération à la vacation* est la seule utilisée.
S/O : sans objet.

Tableau 13

Nombre de remboursements relatifs aux mesures incitatives

	Omnipraticiens	Spécialistes	Dentistes	Total
Frais de ressourcement	2 629	756	576	3 961
Frais de sorties	194	11	59	264
Primes d'éloignement	355	39	90	484
Frais de déménagement	53	6	49	108
Primes d'installation	198	106	0	304
Bourses de formation spécialisée	46	4	0	50
Total	**3 475**	**922**	**774**	**5 171**

La Direction du paiement, de la révision et de l'assistance aux professionnels

La Direction du paiement, de la révision et de l'assistance aux professionnels verse les montants autorisés relatifs aux demandes de paiement, de remboursement et de révision en effectuant les retenues et remises nécessaires pour tenir compte des déductions fiscales, des cotisations syndicales, des dossiers de saisies, de faillites, de recouvrements de créances et de successions. Elle procède au paiement par chèque ou par virement automatique et elle informe les dispensateurs du détail des montants versés au moyen d'états de compte transmis sur support papier ou magnétique ou par télécommunication. Elle produit également l'ensemble des rapports à transmettre à différents organismes relativement aux paiements qu'elle effectue.

La Direction est chargée de l'appréciation et de l'autorisation de paiement en ce qui concerne les demandes de révision qui proviennent des professionnels de la santé et des denturologistes ou qui font suite à des décisions de la Régie.

De plus, elle fournit l'information, l'assistance et les renseignements dont ont besoin les dispensateurs de services assurés et leurs agences de facturation informatisée pour l'application des programmes et la bonne marche de leurs transactions avec la Régie.

Tableau 14

Nombre de demandes de remboursement ou de paiement soumises par les bénéficiaires

Services reçus au Québec	
Admissibles au régime n'ayant pas présenté leur carte d'assurance-maladie	44 994
Admissibles au régime ayant consulté un professionnel de la santé désengagé	12 697

POINTS SAILLANTS DE L'ANNÉE

La Direction générale a mené à bien de nombreux projets visant à améliorer l'accomplissement de sa mission, en particulier la qualité des services aux professionnels, à accroître l'efficacité dans l'application des programmes et à réduire les coûts administratifs.

- De nombreuses catégories de données contenues dans les manuels de facturation des médecins ont été regroupées dans des fichiers informatiques et rendues disponibles sur support magnétique et par télécommunication. L'intégration de ces fichiers aux systèmes informatiques des médecins - par l'intermédiaire des fournisseurs de logiciels - permet de déceler et de corriger la plupart des erreurs avant de transmettre les demandes de paiement à la Régie, ce qui favorise un traitement plus rapide et moins coûteux de celles-ci.

- Un nouveau mécanisme a été mis au point en vue de réduire le délai nécessaire pour signaler leurs erreurs de facturation aux médecins qui utilisent l'informatique. Le taux de réduction du délai pourra atteindre 75 %, ce qui accroîtra d'autant la rapidité de refacturation. Ce mécanisme sera implanté au début du prochain exercice.

- La phase la plus importante du projet de révision des systèmes de paiement a été mise en place en fin d'exercice. Elle a pour principaux effets d'améliorer l'application des plafonnements de revenu ou d'activité ainsi que le processus de paiement.

- L'amélioration du mécanisme de recouvrement des frais relatifs aux services rendus par les médecins dans le cadre des lois administrées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec a permis de réduire le coût des programmes de plusieurs millions de dollars.

- La refonte du système de traitement des demandes de paiement des professionnels rémunérés à salaire ou honoraires fixes s'est poursuivie. Il en résultera une amélioration des contrôles, une réduction des coûts de traitement et une meilleure qualité de l'information communiquée aux professionnels relativement aux paiements qui leur sont faits.

- L'amélioration du processus de traitement des demandes de révision a permis d'en réduire les délais de traitement de 70 %.

LA DIRECTION GÉNÉRALE DE L'ÉVALUATION ET DU CONTRÔLE

La Direction générale de l'évaluation et du contrôle, en plus d'élaborer les normes d'application des divers programmes, fournit l'expertise professionnelle dans les diverses sciences de la santé à tous les secteurs de la Régie qui en ont besoin. Elle assure le contrôle des programmes pour en identifier et corriger les abus, conscients ou non, de la part des dispensateurs de services assurés et des bénéficiaires, et elle fait l'analyse et l'évaluation des programmes afin d'aider la Régie à jouer son rôle de conseil auprès des autorités gouvernementales. Chaque

secteur de cette direction générale signale à l'ordre professionnel concerné, lorsque la situation se présente, les cas sérieux de manquements sur le plan de l'éthique ou de la qualité des services.

Les fonctions de la Direction générale sont réparties entre les trois unités administratives suivantes : la Direction des affaires médicales, la Direction des affaires dentaires, optométriques et pharmaceutiques et la Direction de l'évaluation et des enquêtes.

À la Direction générale de l'évaluation et du contrôle est rattaché le Service de la normalisation qui détermine la position officielle de la Régie pour ce qui concerne les lois, les ententes, les accords et les programmes qu'elle administre, en établissant des normes d'application.

La Direction des affaires médicales

Cette direction exerce de façon continue et systématique des activités de contrôle a priori et a posteriori. Ainsi, l'analyse et l'évaluation des dossiers des cas complexes et de révision, de cas de conciliation d'honoraires et de demandes d'autorisation (en chirurgie plastique et pour les soins spécialisés ou d'urgence reçus hors du Québec) sont confiés à cette direction. Le sommaire annuel de ces activités au 31 mars 1992 apparaît au tableau 15.

Cette direction est également chargée de l'analyse de la consommation et de la dispensation des services médicaux. À ce titre, elle établit des profils de facturation, de pratique et de dispensation et achemine régulièrement des dossiers aux comités de révision des omnipraticiens et des médecins spécialistes (voir le tableau 16).

Tableau 15

Dossiers d'expertise médicale

	Nombre de dossiers analysés
Expertise sur des cas complexes	45 115
Expertise sur des cas de révision	6 129
Expertise sur des services reçus hors du Québec	3 561
Expertise sur des cas d'orthèses et prothèses	1 453
Demandes d'autorisation de chirurgie plastique	7 113
Total	**63 371**

Tableau 16

Recommandations des comités de révision des omnipraticiens et des spécialistes (nombre et montants à recouvrer)

	1990-1991			1991-1992		
	N		$	N		$
	R	NR		R	NR	
Omnipraticiens	10	0	738 430	5	1	197 047
Spécialistes	5	1	531 140	2	0	268 461
Total	**15**	**1**	**1 269 570**	**7**	**1**	**465 508**

R: avis de la Régie retenu. NR: avis de la Régie non retenu.

La Direction des affaires dentaires, optométriques et pharmaceutiques

Cette direction est chargée d'activités de suivi, de surveillance et de contrôle dans les domaines dentaire, optométrique et pharmaceutique, tant sur le plan de l'expertise en matière de cas complexes ou de révision que sur le plan de l'analyse et de l'évaluation de la consommation et de la dispensation des services.

La Direction a aussi la responsabilité des autorisations préalables concernant les médicaments et les patients d'exception ainsi que certains traitements de chirurgie buccale.

Les tableaux 17 et 18 présentent respectivement le sommaire des activités d'expertise et celui des activités rattachées aux profils de facturation et de pratique.

À cette direction s'effectue en outre, pour la troisième année, l'analyse de la consommation et de la dispensation des médicaments. L'étude des profils de consommation des prestataires de la sécurité du revenu et des personnes âgées de 65 ans ou plus, bénéficiaires du programme de médicaments, permet de suivre et de surveiller la

Tableau 17

Dossiers d'expertise dentaire, optométrique et pharmaceutique

	Nombre de dossiers analysés		
	Expertise dentaire	**Expertise optométrique**	**Expertise pharmaceutique**
Expertise sur des cas complexes	15 669	1 022	45 913
Expertise sur des cas de révision	2 565	0	170
Demandes d'autorisation de chirurgie buccale	1 012	S/O	S/O
Médicaments d'exception	S/O	S/O	10 370
Patients d'exception	S/O	S/O	3 549
Expertise sur des services reçus hors du Québec	77	2	302
Total	**19 323**	**1 024**	**60 304**

S/O: sans objet.

Tableau 18

Recommandations des comités de révision des dentistes et des optométristes (nombre et montants à recouvrer)

	1990-1991			1991-1992		
	N		$	N		$
	R	NR		R	NR	
Dentistes	1	1	173 995	1	1	102 200
Optométristes	4	0	118 328	4	0	127 019
Total	**5**	**1**	**292 323**	**5**	**1**	**229 219**

R: avis de la Régie retenu. NR: avis de la Régie non retenu.

consommation de médicaments chez ces groupes de personnes. Elle permet aussi de faire des recommandations au ministère de la Main-d'oeuvre, de la Sécurité du revenu et de la Formation professionnelle (MMSRFP) concernant les prestataires de la sécurité du revenu, afin d'inscrire dans un registre d'exception ceux et celles dont les profils de consommation sont les plus déviants et les plus désordonnés. Ces personnes se voient alors obligées de s'approvisionner en médicaments auprès d'un seul «pharmacien désigné».

En 1991-1992, 1 397 dossiers ont été analysés et 889 d'entre eux ont fait l'objet d'une recommandation de contrôle au MMSRFP. Une nouvelle grille de sélection des dossiers a été élaborée à l'automne 1992, entraînant un meilleur rendement des ressources affectées à ces analyses.

La Direction de l'évaluation et des enquêtes

La Direction de l'évaluation et des enquêtes se sert de mécanismes de contrôle visant à assurer la bonne administration du régime d'assurance-maladie et celle des programmes qui sont confiés à la Régie par d'autres ministères ou organismes. Ces contrôles, qui consistent entre autres en des sondages, des vérifications et des enquêtes, peuvent mener soit à des poursuites, soit à des réclamations ou des annulations de paiement.

Au cours de l'exercice financier 1991-1992, la Direction a envoyé à des bénéficiaires 33 118 formulaires de vérification des services rendus pour leur demander de confirmer ou d'infirmer l'authenticité d'un ou de plusieurs services reçus d'un dispensateur de services assurés.

Par ailleurs, 108 dossiers d'enquêtes ont été ouverts au cours de l'année, s'ajoutant aux 110 dossiers en inventaire. Parmi ces 218 dossiers, 127 ont été fermés. Les principales situations qui ont fait l'objet d'enquêtes sont les examens avec déplacement, les rémunérations versées sous plusieurs modes, le programme de médicaments et de services pharmaceutiques, les demandes de remboursement faites par des bénéficiaires pour des services reçus hors du Canada et l'hospitalisation à domicile.

À la suite d'enquêtes, la Régie a réclamé le remboursement de certaines sommes déjà versées et a refusé le paiement de certaines autres. Le total de ces montants s'établit à 11 113 663 $ et il se répartit comme l'indique le tableau 19 qui fournit, à des fins de comparaison, des données pour les deux dernières années budgétaires. De plus, la Régie a resserré les contrôles qu'elle exerce sur la délivrance et l'utilisation de la carte d'assurance-maladie. Elle a récupéré 443 cartes au cours de l'année. Comme on estime que l'utilisation d'une carte entraîne des coûts en services médicaux de 266 $ par année, cette opération aura épargné à la Régie une dépense d'environ 117 838 $. Enfin, les vérifications faites dans le cadre du programme d'aides techniques ont permis de récupérer la somme de 106 848 $.

Tableau 19

Réclamations et annulations de paiement à la suite d'enquêtes (nombre et montants)

	1990-1991		1991-1992	
	N	$	N	$
Omnipraticiens	26	664 515	7	24 847
Spécialistes	25	373 364	16	428 868
Dentistes	1	8 500	4	140 287
Pharmaciens	3	105 611	2 176	10 107 723
Optométristes	2	44 000	0	0
Bénéficiaires	72	36 190	447	121 104
Aides techniques	2	3 787	12	274 916
Autres	0	0	1	15 918
Total	**131**	**1 235 967**	**2 663**	**11 113 663**

POINTS SAILLANTS DE L'ANNÉE

L'enquête sur le prix réel d'acquisition

Une enquête a été menée en vue de déterminer si la règle du prix réel d'acquisition des médicaments était respectée. À la suite de cette enquête, la Régie a expédié à la majorité des pharmaciens propriétaires des avis de compensation représentant un montant à recouvrer de plusieurs millions de dollars dont la plus grande partie a été récupérée à ce jour. Le dossier fait l'objet d'une contestation devant les tribunaux.

L'évaluation systématique des programmes

Le Service de l'évaluation des programmes et des statistiques a effectué des travaux descriptifs et d'analyse portant sur le programme de services médicaux ainsi que sur celui des médicaments et des services pharmaceutiques. Il a également commencé une étude d'impact relative au programme de services dentaires pour les enfants.

La révision du mécanisme de suivi de la consommation

La Direction générale a procédé à une révision complète du mécanisme de suivi de la consommation de médicaments par les prestataires de la sécurité du revenu. Elle a en effet conçu et mis en application une «grille améliorée de sélection» des cas de consommation déviants. D'autre part, elle a préparé un rapport reflétant l'étude, faite par un comité spécial d'analyse formé d'experts économistes, pharmaciens et médecins, d'un nouveau concept qui préconise l'usage du «portrait quotidien» de consommation médicamenteuse ainsi qu'un éventail d'interventions propres aux personnes âgées participant au programme de médicaments.

LA DIRECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES CORPORATIVES

La Direction générale des affaires corporatives conseille la Régie sur les questions juridiques, de même que sur les recommandations à faire aux autorités gouvernementales en matière de programmes et elle agit à titre de porte-parole de l'organisme. Elle coordonne les activités du Conseil d'administration, du Comité de régie interne et des autres comités et conseils prévus par la loi et les ententes, et elle se charge du travail de secrétariat qu'exige la tenue de leurs séances. Elle coordonne les relations qu'entretient la Régie avec les ministères et organismes du gouvernement du Québec pour élaborer et modifier les ententes et les programmes qu'elle administre. La Direction générale coordonne aussi les activités relatives à la gestion et à la conservation des documents, de même que l'application, à la Régie, de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*. À titre de responsable désigné en vertu de cette loi, le secrétaire de la Régie a reçu, au cours de l'exercice, 17 demandes d'accès à des renseignements nominatifs ou à des documents. D'autre part, la Régie a conclu quelques ententes sur l'échange de renseignements avec différents organismes.

Enfin, la Direction générale s'est vu confier le suivi de l'application de la réforme de la santé à la Régie, plus particulièrement la coordination de l'établissement des prévisions financières relatives aux services médicaux et celle de l'activité conseil pour ce qui a trait à l'évolution des programmes de santé.

La Direction du contentieux

La Direction du contentieux représente la Régie devant les divers tribunaux ainsi que devant les conseils d'arbitrage et elle apporte sa contribution à l'élaboration, à la modification et à l'interprétation des lois, règlements, ententes et programmes touchant la Régie. Elle conseille également la Régie sur les questions qui ont une incidence juridique et sur les dossiers de nature litigieuse.

La Direction du contentieux représente la Régie devant la Commission des affaires sociales. Celle-ci est appelée à statuer sur les dossiers que présentent les professionnels de la santé et toutes personnes qui s'estiment lésés à la suite d'une décision rendue par la Régie.

Tableau 20

Appels de professionnels de la santé à la Commission des affaires sociales

	À l'étude en 1990-1991	Présentés en 1991-1992	Décisions	Favorables à la Régie	Favorables au professionnel de la santé	Désistements	À l'étude
Omnipraticiens	15	7	1	1		3	18
Spécialistes	2	4				1	5
Dentistes	1	2	1	1			2
Optométristes	2	1					3

Tableau 21

Appels de bénéficiaires à la Commission des affaires sociales

À l'étude en 1990-1991	Présentés en 1991-1992	Décisions	Favorables à la Régie	Favorables au bénéficiaire	Désistements	À l'étude
72	84	44	37	7	42	70

La Direction du secrétariat et des programmes

La Direction du secrétariat et des programmes participe à la négociation d'ententes avec les professionnels de la santé et avec certains pays étrangers en matière de sécurité sociale, ainsi qu'à la préparation ou à la modification d'accords avec certains ministères ou organismes. C'est aussi avec son concours que sont élaborées les modifications réglementaires touchant les divers programmes.

Le système de gestion des documents vise à permettre à la Régie d'assumer adéquatement les obligations imposées par la *Loi sur l'accès* et la *Loi sur les archives*, tout en améliorant nettement l'efficacité de l'ensemble de ses activités reliées à la gestion documentaire. Ayant fait précédemment l'inventaire des séries de documents qu'elle détient, la Régie a procédé à une analyse de l'information recueillie afin de préparer l'achèvement de son plan de classification et l'élaboration du calendrier de conservation des documents prévu dans la *Loi sur les archives*.

POINTS SAILLANTS DE L'ANNÉE

La réforme du système de santé

- Le projet de loi 120 : *Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*

Dans le cadre de la réforme annoncée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, la Direction générale des affaires corporatives a été appelée, pour les dossiers relevant de la responsabilité de la Régie, à coordonner l'analyse des besoins et l'appréciation des solutions qui pouvaient être mises en oeuvre en vue de donner suite aux nouvelles orientations gouvernementales. Elle a également contribué à l'élaboration des projets d'amendement visant à modifier la *Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec* et la *Loi sur l'assurance-maladie du Québec*.

- Le suivi de l'implantation de la réforme

La Direction générale a également procédé à l'évaluation des impacts de la réforme à la Régie et au suivi de son implantation. Plus particulièrement, les premiers jalons ont été posés afin de permettre l'établissement, dès l'exercice financier 1993-1994, des prévisions financières pour l'ensemble des services médicaux. Conformément aux dispositions de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, ces prévisions devront être basées sur des facteurs d'évolution de la demande de services. Elles seront ensuite comparées aux résultats réels de 1993-1994, et les écarts constatés alors devront être justifiés dans un rapport à être déposé le 15 octobre 1994.

LA DIRECTION GÉNÉRALE DE L'ADMINISTRATION

La Direction générale de l'administration est chargée d'élaborer des normes, des politiques et des procédures, ainsi que de fournir un soutien à l'ensemble de la Régie. Elle s'occupe des relations avec les organismes centraux pour tout ce qui touche les ressources humaines et matérielles, de même que la gestion financière. En matière de gestion des ressources informationnelles, elle est non seulement responsable des relations avec les organismes centraux, mais encore du développement, de l'entretien et de l'évolution des systèmes informatisés, de l'exploitation des ordinateurs centraux et de la gestion du parc informatique de la Régie. Elle contribue également à l'organisation du travail.

La Direction générale confie les activités qui lui permettent de remplir ce mandat à ses quatre composantes, soit la Direction du développement des systèmes, la Direction de la technologie et du traitement informatiques, la Direction des ressources financières et matérielles et la Direction de l'organisation, des ressources humaines et de la santé.

La Direction du développement des systèmes

La Direction a pour rôle de soutenir l'organisation dans l'accomplissement de la mission de la Régie et de lui assurer les meilleures conditions possibles pour ce faire. À cette fin, elle élabore et tient à jour le plan directeur des systèmes d'information, s'emploie à la recherche et au développement de procédés novateurs et voit au développement des systèmes d'information requis ainsi qu'à l'entretien de ceux qui sont en place.

La Direction de la technologie et du traitement informatiques

La Direction de la technologie et du traitement informatiques fournit les services de traitement informatique et de conservation des données et gère l'infrastructure matérielle et logicielle nécessaire pour répondre aux besoins des utilisateurs dans les domaines de l'informatique centralisée, de la bureautique et de la micro-informatique. Elle assiste aussi les autres unités administratives dans la définition de leurs besoins en matière de produits informatiques et dans l'utilisation de ceux-ci. Enfin, elle coordonne la politique de relève informatique afin d'assurer un fonctionnement adéquat en situation d'urgence.

La Direction des ressources financières et matérielles

La Direction des ressources financières et matérielles a la responsabilité de la gestion des fonds nécessaires à l'administration de la Régie et au fonctionnement des programmes, de l'élaboration du cadre budgétaire, du budget directeur et de son suivi, de la préparation des états financiers, de la comptabilité et du recouvrement de sommes dues (au cours de 1991-1992, une somme de 4 223 222 $ a été recouvrée au titre de la tierce responsabilité pour un total de 2 362 réclamations). De plus, elle s'occupe de l'aménagement des locaux, de la gestion du siège social de l'organisme, de la reprographie, de l'approvisionnement et du courrier.

La Direction de l'organisation, des ressources humaines et de la santé

Cette direction fournit l'expertise, l'assistance ainsi que les services requis en gestion des ressources humaines, notamment dans les sphères d'activité suivantes: organisation et dotation, relations de travail et santé, développement des ressources humaines, développement organisationnel ainsi que gestion de projet. La Direction gère aussi le plan de développement des ressources humaines dont peuvent bénéficier les employés de la Régie, en plus d'assurer les services relatifs à la préparation, au contrôle et à la distribution de la paie. Enfin, il lui incombe de veiller à l'application de l'interdiction de fumer qui est en vigueur partout à la Régie sauf dans les fumoirs.

POINT SAILLANT DE L'ANNÉE

L'implantation d'un réseau bureautique

Tout au long de l'année, la Direction générale a consacré des ressources importantes au développement d'un réseau bureautique à l'usage de l'ensemble de l'organisation. En effet, l'équipement actuel, implanté il y a de nombreuses années, ne répond plus aux besoins d'aujourd'hui.

LA PERFORMANCE

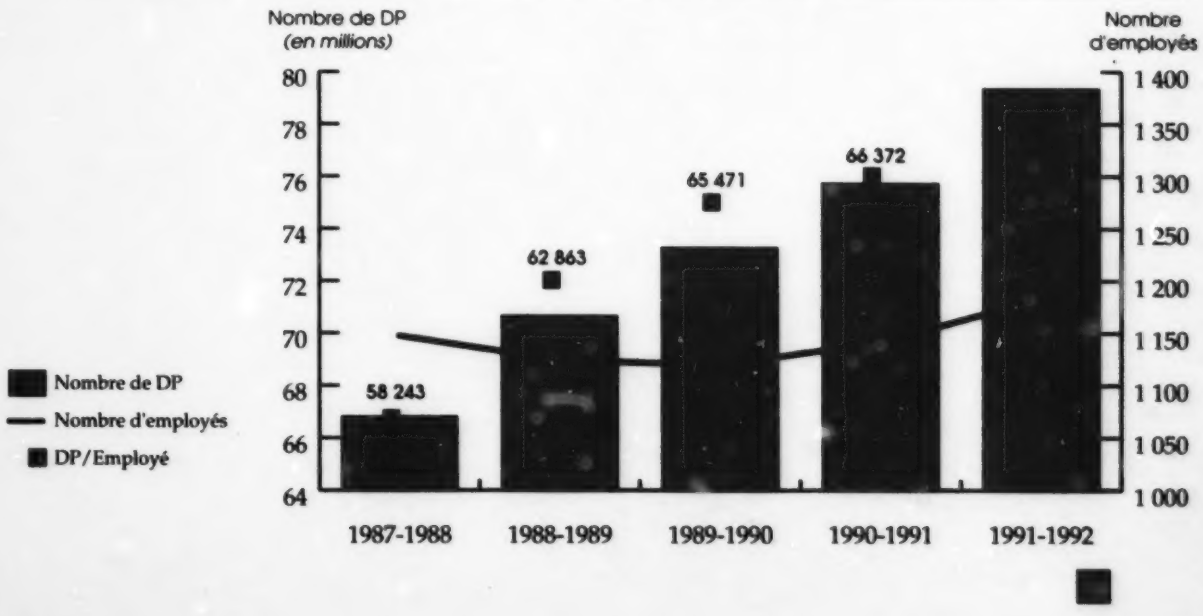
La Régie a poursuivi ses efforts visant l'implantation de nouvelles mesures de contrôle du coût des programmes et l'amélioration des services à la clientèle, tout en maintenant un objectif d'efficacité et d'efficience.

En 1991-1992, la Régie a traité 3,6 millions de demandes de paiement de plus que pendant l'exercice précédent, ce qui représente une augmentation de 4,8 %. Quant au coût de traitement d'une demande de paiement (DP), il est passé au cours de l'exercice de 0,914 $/DP à 0,917 $/DP (+0,3%). Depuis l'exercice 1987-1988, le nombre de demandes de paiement et de remboursement traitées par employé a progressé sans cesse, témoignant d'une hausse de productivité de 3,6 % en moyenne par année. Les frais d'administration représentent 2,3 % du coût des programmes administrés, comparativement à 2,5 % en 1990-1991.

L'exercice 1991-1992 a donc permis à la Régie de maintenir une très bonne performance administrative dans la réalisation de sa mission.

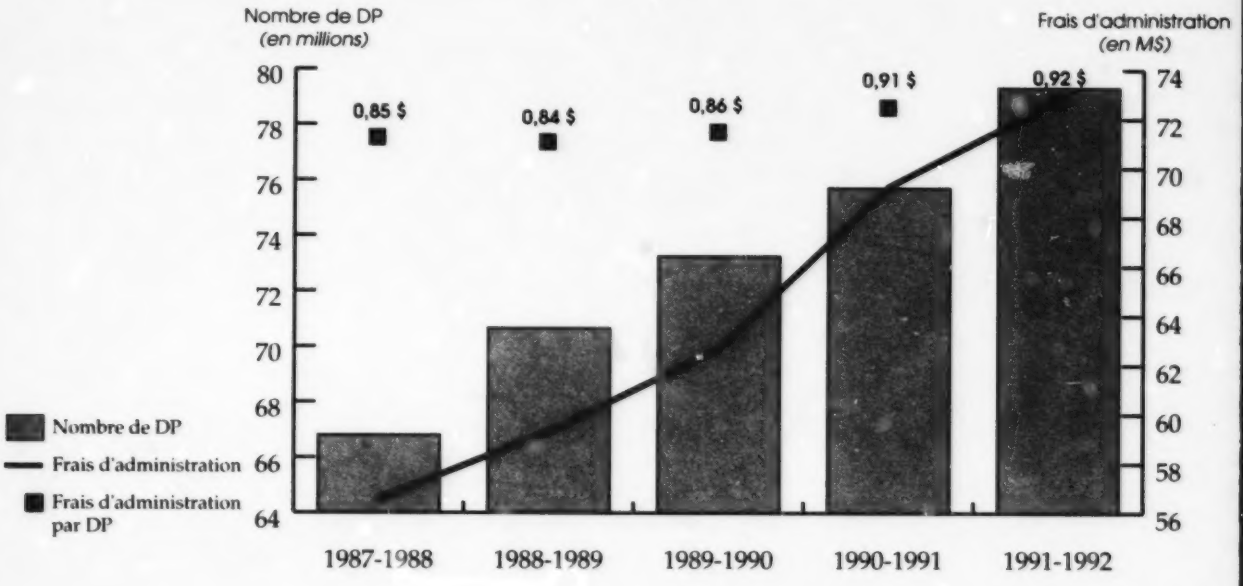
Graphique 11

Demandes de paiement (DP) traitées



Graphique 12

Frais d'administration par demande de paiement (DP)



Annexe 1

DESCRIPTION SOMMAIRE DES PROGRAMMES

A- Programmes administrés et appliqués par la Régie en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*

Programmes	Entrée en vigueur	Sources de financement
Services médicaux	1er novembre 1970	Fonds des services de santé
- déterminés par la loi - pour tous les bénéficiaires		
- pour les victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle	1er février 1986	Commission de la santé et de la sécurité du travail
Services optométriques	1er novembre 1970	Fonds des services de santé
- déterminés par règlement - pour tous les bénéficiaires, sauf examen d'orthoptique pour les 16 ans ou moins		M.M.S.R.F.P.[1] pour les P.S.R.[2]
Services de chirurgie buccale	1er novembre 1970	Fonds des services de santé
- déterminés par règlement - pour tous les bénéficiaires		M.M.S.R.F.P. pour les P.S.R.
Services dentaires		
- déterminés par règlement		
- pour les enfants	1er mai 1974	Fonds des services de santé
- pour les prestataires de la sécurité du revenu	9 avril 1979	M.M.S.R.F.P.
Médicaments et services pharmaceutiques		
- déterminés par règlement		
- inscrits sur la liste de médicaments		
- pour les prestataires de la sécurité du revenu	1er août 1972	M.M.S.R.F.P.
- pour les personnes de 60 à 64 ans qui bénéficient d'une allocation de conjoint sans laquelle elles auraient droit à des prestations en vertu d'un programme d'aide de dernier recours conformément à la *Loi sur la sécurité du revenu*	1er octobre 1975	Fonds des services de santé
- pour les 65 ans ou plus	1er octobre 1977	Fonds des services de santé
- pour les personnes de 60 à 64 ans dont le conjoint est décédé et qui bénéficient du programme de sécurité de la vieillesse	1er octobre 1985	Fonds des services de santé

1. Ministère de la Main-d'oeuvre, de la Sécurité du revenu et de la Formation professionnelle.
2. Prestataires de la sécurité du revenu.

A- Programmes administrés et appliqués par la Régie en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie* (suite)

Programmes	Entrée en vigueur	Sources de financement
Prothèses, appareils orthopédiques, dispositifs, fauteuils roulants ou autres équipements	1er juillet 1975	Fonds des services de santé M.M.S.R.F.P. pour les P.S.R.
- déterminés par règlement - pour les personnes handicapées		
Aides visuelles		
- déterminées par règlement - pour les handicapés visuels		
. de moins de 36 ans	1er décembre 1978	Fonds des services de santé
. de 36 ans ou plus et ayant déjà une aide prêtée	23 septembre 1981	M.M.S.R.F.P. pour les P.S.R.
. de 36 ans ou plus, étudiant ou travaillant et n'ayant jamais eu d'aide prêtée	8 septembre 1984	
Aides auditives		
- déterminées par règlement	22 août 1979	Fonds des services de santé
- pour les handicapés auditifs		
. de moins de 18 ans, affectés d'une déficience d'au moins 25 décibels		M.M.S.R.F.P. pour les P.S.R.
. de moins de 36 ans, affectés d'une déficience d'au moins 25 décibels et étudiant au post-secondaire ou à l'enseignement aux adultes		
. de moins de 36 ans, affectés d'une déficience d'au moins 35 décibels		
. dont la Régie a déjà supporté le coût des services alors qu'ils avaient moins de 36 ans	2 juillet 1981	
Bourses de recherche	10 septembre 1975	Fonds des services de santé
- déterminées par règlement - pour des personnes qui désirent faire de la recherche au Québec dans une science de la santé		
Bourses d'études	11 juin 1975	Fonds des services de santé
- déterminées par règlement - pour des étudiants en médecine - en échange de services futurs dans des territoires où il y a pénurie de médecins		
- pour les résidents en médecine familiale	20 novembre 1985	

B- Programmes administrés par la Régie en vertu de l'article 2 de la *Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec*

Programmes	Entrée en vigueur	Sources de financement	Décrets et accords
Prothèses mammaires externes pour les femmes ayant subi une mastectomie totale ou radicale ou ayant une absence totale de formation du sein	1er janvier 1978	Fonds des services de santé	Accord M.S.S.S.[1]-R.A.M.Q. AC-4413-77 AC-3326-79 Décret 1384-91
Services hospitaliers rendus hors du Québec	29 janvier 1976	M.S.S.S.	Accord M.S.S.S.-R.A.M.Q. AC-4835-75
Prothèses oculaires pour les bénéficiaires ayant besoin d'un oeil artificiel	1er avril 1981	Fonds des services de santé	Accord M.S.S.S.-R.A.M.Q. Décret 778-81 Décret 1385-91
Appareils fournis aux stomisés permanents - remboursement d'un montant compensatoire annuel à tous les bénéficiaires - remboursement de l'excédent de ce montant compensatoire aux prestataires de la sécurité du revenu	1er avril 1981	Fonds des services de santé M.M.S.R.F.P.[2]	Accord M.S.S.S.-R.A.M.Q. Décret 780-81 Décret 1383-91
Services hospitaliers fournis dans une province à des malades hospitalisés ou externes domiciliés dans une autre province	1er octobre 1981	Recouvrements de la province où se trouve le domicile	Accord M.S.S.S.-R.A.M.Q. Décret 2240-82 Décret 1405-87
Prothèses dentaires acryliques pour les prestataires de la sécurité du revenu	9 avril 1979	M.M.S.R.F.P.	Accord M.M.S.R.-R.A.M.Q. AC-3112-79
Aides pour les handicapés auditifs de plus de 36 ans et qui sont des prestataires de la sécurité du revenu	2 juillet 1980	M.M.S.R.F.P.	Accord M.M.S.R.-R.A.M.Q. Décret 1751-80
Rémunération des résidents en médecine	3 septembre 1978	M.S.S.S.	Accord M.S.S.S.-R.A.M.Q. Décret 2000-78 Décret 1263-82 Décret 1146-87
Patients d'exception atteints de maladies graves ou chroniques auxquels sont fournis des médicaments non inscrits sur la liste	1er janvier 1983	M.S.S.S.	Accord M.S.S.S.-R.A.M.Q. Décret 691-83 Décret 2678-83

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux.
2. Ministère de la Main-d'oeuvre, de la Sécurité du revenu et de la Formation professionnelle.

B- Programmes administrés par la Régie en vertu de l'article 2 de la *Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec* (suite)

Programmes	Entrée en vigueur	Sources de financement	Décrets et accords
Paiement de certains traitements de physiothérapie (réadaptation physique) donnés en clinique	1er septembre 1988	Fonds des services de santé	Accord M.S.S.S.-R.A.M.Q. Décret 1053-90
Services assurés pour les ressortissants étrangers ayant conclu un accord avec la Régie et versé une prime	1er novembre 1976	Primes payées par les ressortissants étrangers	Accord M.S.S.S.-R.A.M.Q. AC-3770-76 Décret 3221-80 Décret 1786-82 Décret 2547-82 Décret 608-83
Rémunération de certains services professionnels fournis par un médecin et couverts par la *Loi sur la sécurité du revenu* (1988, chapitre 51) - «Soutien financier»	1er mai 1989	M.M.S.R.F.P.	Accord M.M.S.R.F.P.-R.A.M.Q. Décret 435-91
Rémunération du médecin pour le prélèvement sanguin et la rédaction du certificat prévus au Code criminel	1er septembre 1990	Fonds des services de santé	Accord M.S.P.[1] - R.A.M.Q. Décret 144-91
La Régie administre aussi des programmes qui n'ont pas trait à une couverture de services			
Services rendus par les membres des comités d'évaluation des victimes d'immunisation ou par des experts que ces comités consultent	17 août 1988	M.S.S.S.	Accord M.S.S.S.-R.A.M.Q. Décret 1230-88
Tierce responsabilité visée par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux et la Loi sur l'assurance-hospitalisation*	29 octobre 1975	Recouvrements des tiers responsables	Accord M.S.S.S.-R.A.M.Q. AC-4836-75 Décret 3220-80 Décret 2547-82 Décret 609-83
Rémunération des pharmaciens, dans le cadre d'un mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation de médicaments chez certains prestataires de la sécurité du revenu	1er février 1990	M.S.S.S.	Accord M.S.S.S.-M.M.S.R.F.P.-R.A.M.Q. Décret 1233-91
Versement de primes d'installation et de bourses de formation spécialisée	1er avril 1990	M.S.S.S.	Accord M.S.S.S.-R.A.M.Q. Décret 691-90
Rémunération des médecins de la Corporation d'Urgences-santé du Montréal métropolitain assignés à témoigner	1er mai 1990	M.S.S.S.	Accord M.S.S.S.-R.A.M.Q. Décret 407-90

1. Ministère de la Sécurité publique.

Les services médicaux

Le programme de services médicaux s'adresse à tous les résidents du Québec. Il comprend les services préventifs, diagnostiques, curatifs et de réadaptation rendus par les médecins à leur cabinet, à domicile ou dans les établissements et ceux qui sont rendus par les médecins dans le cadre des lois administrées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail.

Les services optométriques

Le programme de services optométriques est accessible à tous les résidents du Québec. Il couvre les examens de la vision, les examens spécifiques (l'orthoptique étant réservée aux moins de 16 ans), les recommandations faites aux bénéficiaires et la prescription d'un traitement, s'il y a lieu.

Les services dentaires

Les services dentaires se répartissent comme suit:

Un *programme de chirurgie buccale* qui s'adresse à tous les résidents du Québec; les services doivent être donnés dans un établissement hospitalier universitaire ou dans un centre hospitalier par un dentiste, spécialiste ou non;

Un *programme de services dentaires* pour les jeunes de moins de 16 ans et pour les personnes de tout âge qui sont des prestataires de la sécurité du revenu depuis au moins six mois; les services doivent être donnés par un dentiste, spécialiste ou non;

Un *programme de prothèses dentaires* pour les personnes qui sont des prestataires de la sécurité du revenu depuis au moins six mois; les services peuvent être donnés soit par un dentiste, spécialiste ou non, soit par un denturologiste.

Les services dentaires

Programmes	Bénéficiaires	Services assurés
Chirurgie buccale[1]	Tous	Examens, consultations, radiographies, ouverture d'urgence de la chambre pulpaire, chirurgie sauf l'ablation de dents et de racines.
Services dentaires pour les enfants	0-11 ans	Examens, consultations, radiographies,obturations, couronnes, traitement de la pulpe, traitement de canal sur dent permanente, chirurgie, y compris l'ablation de dents et de racines.
	12 ans	Les mêmes que ci-dessus plus enseignement des mesures d'hygiène buccale, nettoyage des dents, application topique de fluorure.
	13-15 ans	Examens, consultations, radiographies, enseignement des mesures d'hygiène buccale, nettoyage des dents, application topique de fluorure, chirurgie sauf l'ablation de dents et de racines.
Services dentaires pour les prestataires de la sécurité du revenu[2]	Tous	Mêmes services que pour les enfants de 12 ans ou moins, sauf le traitement de canal sur dent permanente et l'application topique de fluorure à moins qu'ils y aient droit en vertu du programme de services dentaires pour les enfants. Le détartrage pour les 16 ans ou plus.
Prothèses dentaires pour les prestataires de la sécurité du revenu[2]	Tous	Une prothèse complète ou partielle par maxillaire tous les cinq ans. Réparation, regarnissage et remplacement des prothèses à certaines conditions.

1. Dans les centres hospitaliers ou dans les établissements hospitaliers universitaires.
2. À condition d'en être un depuis six mois.

Les médicaments et les services pharmaceutiques

Le programme de médicaments et de services pharmaceutiques s'adresse aux prestataires de la sécurité du revenu, à toutes les personnes âgées de 65 ans ou plus et aux personnes de 60 à 64 ans qui reçoivent l'allocation de conjoint en vertu de la *Loi sur la sécurité de la vieillesse* et qui, sans cette allocation, auraient droit à des prestations en vertu d'un programme d'aide de dernier recours conformément à la *Loi sur la sécurité du revenu*. Il s'adresse également à toutes les personnes de 60 à 64 ans dont le conjoint est décédé et qui bénéficient du programme de sécurité de la vieillesse. Il couvre les médicaments et les services fournis par un pharmacien, sur ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste, pourvu que ces médicaments soient inscrits sur une liste dressée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, sur la recommandation du Conseil consultatif de pharmacologie.

Par ailleurs, une procédure, dite *du médicament d'exception*, permet à des bénéficiaires d'obtenir, si le prescripteur en fait la demande à la Régie, certains médicaments utilisés à des fins thérapeutiques particulières et déterminés par règlement.

Un autre programme, dit *des patients d'exception* et administré par la Régie pour le compte du ministère de la Santé et des Services sociaux, vise à fournir des médicaments qui ne sont pas inscrits sur la liste lorsque la gravité et la chronicité de la maladie, ainsi que le coût du traitement, imposent au bénéficiaire un fardeau financier difficilement acceptable et risquent d'entraîner son hospitalisation.

Les prothèses, appareils orthopédiques, dispositifs, fauteuils roulants ou autres équipements

Le programme de prothèses, appareils orthopédiques, dispositifs, fauteuils roulants ou autres équipements s'adresse aux personnes handicapées physiquement. Il couvre l'achat, l'ajustement, le remplacement et la réparation des prothèses, des appareils orthopédiques et des accessoires fonctionnels déterminés par règlement et qui sont fournis aux conditions prescrites.

Les aides visuelles

Le programme d'aides visuelles s'adresse, à certaines conditions, aux handicapés visuels qui ont l'âge déterminé par règlement et à ceux qui ont besoin de ces aides pour travailler ou étudier. Il couvre l'achat, l'ajustement, le remplacement et la réparation des aides à la lecture, à l'écriture et à la mobilité qui sont inscrites sur la liste des aides assurées.

Les aides auditives

Le programme d'aides auditives s'adresse, à certaines conditions, aux handicapés auditifs qui ont l'âge déterminé par règlement ainsi qu'aux prestataires de la sécurité du revenu. Il couvre l'achat, l'ajustement, le remplacement et la réparation des appareils auditifs qui figurent sur la liste des aides auditives assurées. Les services professionnels relatifs à l'acquisition d'une aide sont également pris en charge dans le cadre du programme, au tarif déterminé par règlement.

Les prothèses mammaires externes

Le programme de prothèses mammaires externes s'adresse à toutes les femmes qui ont subi une mastectomie totale ou radicale à la suite d'un traumatisme ou d'une maladie. Depuis le 1er novembre 1991, il s'adresse également aux personnes de 14 ans ou plus qui souffrent d'une absence totale de formation des seins permettant de conclure médicalement à une aplasie. Il prévoit, pour chaque sein, un remboursement annuel de 200 $ destiné à couvrir une partie des frais d'achat d'une prothèse mammaire externe.

Les prothèses oculaires

Le programme de prothèses oculaires s'adresse à toutes les personnes qui ont subi une énucléation ou une éviscération, qui ont l'oeil sans vision utile et atrophié, qu'elles aient subi ou non un recouvrement conjonctival, qui sont atteintes d'une anophtalmie ou d'une microphtalmie congénitales ou sont munies de globes pour prothèses maxillo-faciales après exentération. Il prévoit une allocation couvrant en partie l'achat et l'ajustement d'une prothèse oculaire par oeil, soit fabriquée sur mesure par un oculariste certifié ou usinée, par période de cinq ans. De plus, un montant annuel est versé pour la réparation ou l'entretien de la prothèse.

Les appareils fournis aux stomisés permanents

Ce programme est destiné à toute personne qui a subi une colostomie, une iléostomie ou une urostomie permanentes. Il consiste en une allocation annuelle de 600 $ par stomie couvrant une partie des frais d'acquisition d'appareils et d'accessoires. Ces frais sont payés en totalité pour les prestataires de la sécurité du revenu.

Les bourses d'études et de recherche

En vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*, le ministre de la Santé et des Services sociaux peut accorder à des étudiants en médecine des bourses d'études payées par la Régie selon les modalités fixées dans le *Règlement d'application*. En échange, les boursiers acceptent de fournir des services assurés dans des territoires et pour une période fixés par le ministre. Par ailleurs, un programme de bourses de recherche est administré par le Fonds de la recherche en santé du Québec, dans lequel la Régie transfère chaque année une somme pouvant représenter jusqu'à 0,4 % du total des montants versés aux professionnels de la santé à titre de rémunération pendant l'exercice financier précédent.

Les services hospitaliers reçus hors du Québec

Les services hospitaliers reçus hors du Québec mais au Canada sont couverts en entier conformément aux ententes interprovinciales. Les services hospitaliers reçus hors du Canada sont pris en charge en partie seulement et uniquement s'ils découlent d'une maladie subite ou d'une situation d'urgence.

Par contre, la Régie de l'assurance-maladie du Québec paie en entier l'hospitalisation hors du Canada des personnes dont l'état de santé nécessite des services médicaux qui ne sont pas disponibles au Québec. Ces personnes doivent au préalable obtenir l'autorisation de la Régie.

Les services hospitaliers reçus au Québec par des résidents des autres provinces

Le programme de services hospitaliers reçus au Québec par des résidents des autres provinces et des territoires prévoit le paiement par la Régie des services couverts par l'assurance-hospitalisation et fournis dans les établissements du Québec à des personnes domiciliées dans d'autres provinces ou dans les territoires du Canada; en retour, ceux-ci prennent en charge les services fournis à des Québécois dans leurs établissements. La province où les services sont fournis récupère de la province d'origine du patient les sommes que lui ont coûté ces services.

Annexe 2

L'ADMISSIBILITÉ AU RÉGIME

Selon les dispositions de la *Loi sur l'assurance-maladie*, est bénéficiaire du régime d'assurance-maladie toute personne que la loi autorise à être ou à rester au Canada, qui demeure au Québec et y est ordinairement présente (sauf si elle est un touriste, si elle est de passage au Québec ou y est un visiteur) et qui, en outre, est dûment inscrite à la Régie. Lorsqu'une personne est déclarée admissible, la Régie lui délivre une carte d'assurance-maladie valide pour quatre ans et la renouvelle sans frais à son expiration si la personne demeure admissible.

D'autre part, sont admissibles au régime d'assurance-maladie les ressortissants étrangers et les personnes à leur charge qui:

- Séjournent au Québec dans le cadre d'un programme d'échanges agréé par le gouvernement du Québec et un gouvernement étranger, à la suite d'une entente entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et le ministre des Affaires internationales;

- Sont titulaires d'un certificat d'acceptation délivré par la ministre des Communautés culturelles et de l'Immigration et qui séjournent au Québec soit temporairement pour y travailler, soit en vertu d'un programme officiel de bourses d'études ou de stages du ministère de l'Éducation ou du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Science;

- Sont au service d'un gouvernement autre que celui du Canada ou du Québec ou au service d'un organisme relevant d'un gouvernement étranger et reconnu par le ministre de la Santé et des Services sociaux à la condition qu'ils travaillent au Québec et qu'ils aient signé un accord avec le ministre. Ils paient alors les primes individuelles ou familiales fixées par le gouvernement.

Les ressortissants étrangers inscrits à la Régie en vertu des dispositions précédentes reçoivent une carte d'assurance-maladie pour la durée de leur admissibilité au régime.

Une personne cesse d'être admissible au régime lorsqu'elle:

- Quitte le Québec pour s'établir dans un autre pays et ce, à compter de la date de son départ;

- Quitte le Québec pour s'établir dans une autre province et ce, à compter du premier jour du troisième mois suivant le mois d'arrivée dans cette province;

- Maintient une résidence à l'extérieur du Québec, à moins de démontrer qu'elle demeure au Québec et y est ordinairement présente pendant au moins 183 jours par année;

- Séjourne hors du Québec pendant plus de 12 mois et ce, à compter du dernier jour du douzième mois suivant la date de son départ du Québec sauf s'il s'agit d'un étudiant inscrit dans un établissement reconnu, d'un stagiaire à temps complet non rémunéré, d'un fonctionnaire du gouvernement du Québec en service à l'extérieur du Québec ou d'une personne employée par un organisme sans but lucratif ayant son siège au Canada et travaillant à l'étranger dans le cadre d'un programme d'aide ou de coopération internationale reconnu par le ministre de la Santé et des Services sociaux;

- Séjourne hors du Québec et s'y établit avant la fin du douzième mois qui suit la date de son départ du Québec.

Depuis juin 1989, toute personne qui est admissible au régime ou à un programme administré par la Régie de l'assurance-maladie du Québec et se croit lésée par une décision rendue par la Régie, peut en demander la révision. Une personne que la Régie refuse de considérer comme un bénéficiaire peut également demander la révision de cette décision dans les six mois qui suivent le moment où elle en est informée.

Annexe 3

LES ENTENTES AVEC LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Le ministre de la Santé et des Services sociaux, avec l'approbation du gouvernement, conclut des ententes avec les différentes fédérations et associations de professionnels de la santé, soit: la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, la Fédération des médecins spécialistes du Québec, l'Association des chirurgiens dentistes du Québec, l'Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale du Québec, l'Association des optométristes du Québec, l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires, ainsi que la Fédération des médecins résidents du Québec. Ces ententes fixent le cadre normatif de l'exercice des professionnels de la santé au regard du régime, de même que les dispositions relatives à la rémunération des praticiens. La Régie est liée par ces ententes et doit veiller à leur application.

Le statut des professionnels de la santé

Selon la *Loi sur l'assurance-maladie*, les praticiens peuvent choisir l'un des trois statuts suivants: professionnel de la santé soumis à une entente, désengagé (sauf les pharmaciens) ou non participant.

Le professionnel de la santé soumis à une entente exerce dans le cadre du régime et il est rémunéré par la Régie au tarif fixé par l'entente.

Le professionnel de la santé désengagé exerce hors du cadre du régime, mais accepte d'être rémunéré au tarif fixé par l'entente. Ses patients se font verser le montant des honoraires par la Régie et le paient ensuite.

Le professionnel de la santé non participant exerce hors du cadre du régime. Il fixe lui-même ses honoraires, qui sont entièrement à la charge du patient, celui-ci ne pouvant obtenir de remboursement de la Régie.

Les modes de rémunération

Divers modes de rémunération des professionnels sont en vigueur dans les ententes actuelles: la rémunération à l'acte, à salaire ou honoraires fixes, à la vacation, à l'unité et les honoraires forfaitaires.

La rémunération à l'acte est largement utilisée dans le cas des services médicaux et dentaires et constitue le seul mode de rémunération des services optométriques et des services pharmaceutiques. Il est à noter que dans le cas des pharmaciens, la rémunération couvre à la fois le coût du médicament et celui des services professionnels.

Quant à la vacation, elle est principalement destinée aux médecins omnipraticiens et aux dentistes qui exercent dans le cadre des programmes de santé communautaire, aux anesthésistes exerçant en région éloignée ainsi qu'aux omnipraticiens lorsqu'ils fournissent des services dans certaines circonstances particulières, par exemple à l'intérieur du système de visites d'urgence hors des établissements dans la région du Montréal métropolitain, dans certains centres d'accueil d'hébergement, dans certains centres hospitaliers où sont dispensés des soins psychiatriques,

etc. En fait, la vacation consiste en une période de travail de trois heures, payée selon le tarif négocié.

Le salariat, appelé aussi *honoraires fixes*, s'applique aux médecins et aux dentistes occupant un poste à temps plein (35 heures par semaine) ou à demi-temps (17 heures et demie par semaine) dans un établissement où ce type de rémunération est en vigueur, comme les centres locaux de services communautaires, les départements de santé communautaire et plusieurs départements de psychiatrie. Les services que rendent les résidents en médecine en établissement hospitalier dans le cadre de leur formation sont aussi rémunérés par un salaire.

La rémunération à l'unité s'applique à certains services offerts en milieu hospitalier, telles les analyses de laboratoire.

Le *per diem*, la demi-journée et le tarif horaire constituent les trois modes de tarification des honoraires forfaitaires.

Le *per diem* sert de base pour établir la tarification des médecins spécialistes exerçant dans un département clinique d'un établissement hospitalier désigné par le ministre ainsi que celle des spécialistes en santé communautaire attachés à un D.S.C. Le *per diem* correspond à au moins sept heures de travail, effectuées en deux périodes d'une demi-journée, en semaine sauf les jours fériés.

La tarification d'honoraires à la demi-journée est applicable aux médecins spécialistes travaillant en santé communautaire et attachés à un D.S.C. pour leurs assignations d'appoint dans un autre département. Cette tarification est basée sur une période de trois heures et demie de travail continu. Un seul forfait d'une demi-journée est payable dans une journée et pas plus de sept dans une semaine.

Enfin, le tarif horaire est facultativement employé pour certaines prestations fournies par des spécialistes. Ce sont les suivantes: la clinique ou le laboratoire dans un établissement hospitalier désigné par le ministre ou dans un établissement pour malades mentaux, l'exercice de la psychiatrie dans un service hospitalier de psychiatrie, l'exercice de la pneumophtisiologie dans un centre de traitement des malades pulmonaires chroniques, la clinique dans certaines unités de soins ou cliniques de médecine organisées pour la prise en charge de malades dont l'état est exceptionnel, l'exercice d'une spécialité médicale dans un C.L.S.C., un centre d'accueil ou un établissement hospitalier de soins de longue durée ainsi que les prestations que fournit un médecin spécialiste en santé communautaire ou un médecin spécialiste conseil attaché à un D.S.C. Cette tarification est établie pour une période d'une heure de travail continu, effectuée en semaine.

La rémunération différenciée et les autres mesures incitatives

Pour remédier au problème de l'insuffisance de médecins dans les régions éloignées et isolées du Québec, le ministre de la Santé et des Services sociaux, par un arrêté ministériel publié à la *Gazette officielle*, désigne, après consultation des organismes représentant les professionnels de la santé, les territoires qu'il estime insuffisamment pourvus. Dans le but de mieux répartir les professionnels de la santé sur l'ensemble du territoire du Québec, un système de rémunération différenciée est mis en place. Les honoraires payés aux médecins sont augmentés ou réduits pour une période donnée en fonction du territoire, du lieu d'exercice et du type d'activité professionnelle.

C'est ainsi que la rémunération des omnipraticiens et des spécialistes qui s'installent dans les territoires où il y a pénurie de médecins a été fixée respectivement à 115 % et à 120 % de la rémunération de base prévue dans les ententes. Par contre, les nouveaux omnipraticiens ou spécialistes qui s'installent dans des régions déjà bien pourvues touchent 70 % de la rémunération de base pour les trois premières années d'exercice de leur profession.

Par ailleurs, d'autres mesures incitatives ont été introduites dans les ententes. Elles consistent dans le versement de primes d'éloignement ou d'isolement et le remboursement de frais de déménagement, de ressourcement et de sorties. Notons enfin l'instauration d'un programme de primes d'installation et de bourses de formation spécialisée à l'intention des médecins omnipraticiens et des médecins spécialistes.

Annexe 4

LES MÉCANISMES DE CONTRÔLE

L'administration des programmes du régime d'assurance-maladie et de ceux qui sont confiés à la Régie par d'autres ministères ou organismes nécessite un ensemble de mécanismes de contrôle portant sur l'admissibilité des bénéficiaires, sur la conformité des honoraires demandés avec les services dispensés et sur l'authenticité, la fréquence ou la pertinence des services payés par la Régie.

Au cours du processus de traitement des demandes de paiement, diverses validations sont effectuées afin de vérifier la conformité des données avec les exigences de la loi, des règlements, des ententes et des accords. Elles ont trait notamment aux bénéficiaires, aux dispensateurs de services assurés, aux services eux-mêmes et aux honoraires demandés. Elles consistent essentiellement en la traduction, dans les systèmes informatiques, des diverses dispositions de la loi, des règlements, des ententes et des accords, et elles permettent de s'assurer entre autres que:

- Les bénéficiaires sont admissibles;
- Les dispensateurs de services ont le droit d'être rémunérés;
- Les services dont le paiement est demandé sont assurés;
- Les honoraires demandés correspondent aux tarifs et aux règles d'application afférentes;
- Les services n'ont pas déjà été payés (double facturation);
- Les honoraires n'ont pas été payés plus d'une fois pour le même service à des professionnels de la santé différents;
- Les services ne sont pas inclus dans d'autres services dont le paiement a déjà été demandé ou qui ont déjà été payés.

Ces validations peuvent donner lieu à des annulations, ou à des refus de paiement, ou encore à des rectifications des honoraires demandés ou déjà payés.

Les mécanismes de contrôle qui entrent en jeu après le paiement complètent la vérification de la conformité des services rendus avec les honoraires demandés et permettent, en plus, de s'assurer de leur authenticité et d'en apprécier la fréquence ou la pertinence.

Selon les résultats obtenus, diverses mesures peuvent être prises en fonction du type d'irrégularité.

L'admissibilité des bénéficiaires

On vérifie l'admissibilité:

- Lorsqu'il y a un doute sur l'admissibilité de la personne qui s'inscrit;

- Au cours du processus de traitement des demandes de paiement présentées par les professionnels de la santé et par les autres dispensateurs de services assurés;

- Lorsque le bénéficiaire demande le remboursement du coût des services assurés qu'il a reçus au Québec ou hors du Québec;

- Pour s'assurer que les bénéficiaires ont conservé leur statut de personnes domiciliées au Québec.

Lorsqu'une personne est déclarée non admissible et que la Régie a fait des paiements pour elle au cours de la période où elle n'était pas admissible, on effectue une étude du dossier en vue de recouvrer de cette personne les sommes dues. La Régie peut également intenter des poursuites judiciaires contre les personnes qui ont obtenu ou reçu sciemment le bénéfice de services auxquels elles n'avaient pas droit.

La conformité

La conformité est l'adéquation entre les honoraires demandés et la nature des services dispensés. Le contrôle consiste en des analyses de profils de facturation qui peuvent être complétées soit par des entrevues avec les bénéficiaires ou les dispensateurs de services assurés dont le dossier est étudié, soit par des enquêtes. S'il est prouvé que les honoraires demandés ne correspondent pas aux services fournis, la Régie procède à des rectifications d'honoraires par compensation ou autrement s'ils ont été payés, ou elle refuse de les payer.

Les praticiens peuvent formuler un grief, qui est tranché par le Conseil d'arbitrage.

La Régie peut également intenter des poursuites judiciaires, soit sommaires, soit criminelles.

L'authenticité

La vérification de l'authenticité consiste à s'assurer auprès des bénéficiaires que les services dont un professionnel de la santé ou un autre dispensateur de services assurés demande le paiement ou qui lui ont été payés ont réellement été rendus.

La Régie procède par sondages auprès de la clientèle et aussi par vérification des plaintes dont elle peut être saisie. En cas de déclaration de services non reçus, un nouveau sondage est fait auprès d'autres clients de ce professionnel de la santé ou de cet autre dispensateur de services assurés et une recherche plus poussée peut mener à une entrevue avec celui-ci ou à une enquête; les deux sont parfois nécessaires.

Si, après enquête, la Régie conclut notamment que les services payés n'ont pas été rendus, qu'ils ont été faussement décrits ou que le professionnel de la santé ne les a pas fournis lui-même, elle peut recouvrer les sommes payées en trop, par compensation ou autrement. Il appartient alors au praticien de prouver devant le tribunal compétent que la décision de la Régie est non fondée. Des poursuites judiciaires peuvent être intentées. Dans la majorité des cas, elles le sont en vertu de la *Loi sur les poursuites sommaires*, et les amendes sont versées au Fonds consolidé du revenu; les autres poursuites sont intentées en vertu du Code criminel. Dans ce dernier cas, si le professionnel de la santé plaide coupable ou est reconnu coupable de l'accusation portée contre lui, la Régie doit, dès que le jugement définitif est prononcé, émettre une ordonnance écrite aux termes de laquelle ce praticien est considéré comme non participant au régime pour une période de 6 mois s'il s'agit d'une première infraction ou de 12 mois s'il s'agit d'une nouvelle infraction.

Les dispensateurs de services assurés autres que les professionnels de la santé peuvent faire l'objet de recouvrements des sommes payées en trop ou de poursuites en justice. La Régie peut également mettre fin à l'accord qu'elle a conclu avec des dispensateurs de services assurés.

La fréquence ou la pertinence

Le contrôle de la fréquence ou de la pertinence permet de s'assurer que les services fournis aux bénéficiaires étaient requis du point de vue de la médecine, de l'optométrie, de l'art dentaire ou de la pharmacie selon le cas et que, par conséquent, ils n'ont pas été fournis plus fréquemment que nécessaire ou dispensés de façon abusive.

Pour ce faire, la Régie constitue des profils individuels de pratique à partir des données de facturation. Ces profils comportent, entre autres, les éléments suivants:

- Le coût total des services rendus;
- Le coût moyen par bénéficiaire;
- Le nombre moyen d'actes par bénéficiaire;
- La fréquence de certains actes spécifiques;
- Le coût moyen des actes;
- La répartition des bénéficiaires selon le sexe et l'âge.

Le profil de chaque professionnel de la santé est comparé au profil du groupe auquel il appartient, ce qui permet de l'évaluer par rapport à celui de ses confrères exerçant dans des conditions semblables.

Mécanismes de contrôle

Aspect	But	Forme	Mesure	Recours des professionnels de la santé
Conformité	Adéquation entre les honoraires demandés et les services dispensés	- Profils de facturation - Entrevues avec . les bénéficiaires . les dispensateurs de services assurés ou enquêtes auprès d'eux - Études de situations	- Recouvrement des honoraires payés - Refus de payer - Messages - Poursuites en justice	Griefs
Authenticité	Confirmation de la prestation des services	- Sondages - Entrevues avec . les bénéficiaires . les dispensateurs de services assurés ou enquêtes auprès d'eux - Études de situations	- Recouvrement des honoraires payés - Refus de payer - Poursuites en justice	Griefs ou recours devant le tribunal compétent
Fréquence ou pertinence	Justification des services du point de vue de - la médecine - l'art dentaire - l'optométrie - la pharmacie	- Profils de pratique - Entrevues avec les professionnels de la santé - Transmission au Comité de révision pour avis en cas de profil irrégulier - Études de situations	- Recommandation du Comité de révision - Décision de la Régie	Appel à la Commission des affaires sociales

SOMMAIRE

MESSAGE DU PRÉSIDENT 4

Chapitre premier

LA RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE 7

STATUT JURIDIQUE 7

RÔLE ET FONCTIONS 8

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION 9

LE COMITÉ DE VÉRIFICATION 9

Chapitre 2

LES DONNÉES FINANCIÈRES 11

SOURCES DE FINANCEMENT 11

Le Fonds des services de santé 11

Le gouvernement du Québec 12

La Commission de la santé et de la sécurité du travail 12

Les autres provinces 12

Les autres sources 12

ÉTATS FINANCIERS DE L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 1992 13

FRAIS D'ADMINISTRATION 22

Chapitre 3

L'ORGANISATION ET LA GESTION 23

LA STRUCTURE ADMINISTRATIVE 23

LE COMMISSAIRE AUX PLAINTES DES BÉNÉFICIAIRES 24

LA DIRECTION DE LA VÉRIFICATION INTERNE ET DE L'ASSURANCE-QUALITÉ 24

LA DIRECTION GÉNÉRALE DES SERVICES AUX BÉNÉFICIAIRES 29

LA DIRECTION GÉNÉRALE DES SERVICES AUX PROFESSIONNELS 32

LA DIRECTION GÉNÉRALE DE L'ÉVALUATION ET DU CONTRÔLE 37

LA DIRECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES CORPORATIVES 41

LA DIRECTION GÉNÉRALE DE L'ADMINISTRATION 43

LA PERFORMANCE 45

Annexe 1

DESCRIPTION SOMMAIRE DES PROGRAMMES 47

Annexe 2

L'ADMISSIBILITÉ AU RÉGIME 55

Annexe 3

LES ENTENTES AVEC LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ 57

Annexe 4

LES MÉCANISMES DE CONTRÔLE 59

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1
Le coût des programmes administrés par la Régie de 1987-1988 à 1991-1992 (en k$) 18

Tableau 2
État de l'effectif régulier au 31 mars 1992 28

Tableau 3
Services aux bénéficiaires 1991-1992 29

Tableau 4
Modifications apportées au registre des bénéficiaires 30

Tableau 5
Personnes reconnues comme admissibles au régime d'assurance-maladie durant leur séjour au Québec 30

Tableau 6
Protocoles d'entente avec des pays étrangers 30

Tableau 7
Nombre de demandes de paiement ou de remboursement pour les services hors du Québec et pour les services hospitaliers fournis à des résidents des autres provinces. 31

Tableau 8
Nombre de demandes de paiement ou de remboursement pour les programmes d'aides techniques
31

Tableau 9
Professionnels de la santé inscrits à la Régie au 31 mars
33

Tableau 10
Autres dispensateurs de services assurés inscrits à la Régie au 31 mars
34

Tableau 11
Volume des demandes de paiement reçues selon les divers modes de facturation
34

Tableau 12
Nombre de demandes de paiement soumises par les dispensateurs de services assurés selon le mode de rémunération
35

Tableau 13
Nombre de remboursements relatifs aux mesures incitatives
36

Tableau 14
Nombre de demandes de remboursement ou de paiement soumises par les bénéficiaires
36

Tableau 15
Dossiers d'expertise médicale
38

Tableau 16
Recommandations des comités de révision des omnipraticiens et des spécialistes (nombre et montants à à recouvrer)
38

Tableau 17
Dossiers d'expertise dentaire, optométrique et pharmaceutique
39

Tableau 18
Recommandations des comités de révision des dentistes et des optométristes (nombre et montants à recouvrer)
39

Tableau 19
Réclamations et annulations de paiement à la suite d'enquêtes (nombre et montants)
40

Tableau 20
Appels de professionnels à la Commission des affaires sociales
42

Tableau 21
Appels de bénéficiaires à la Commission des affaires sociales
42

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1
Sources de financement en 1991-1992
12

Graphique 2
Répartition du coût des programmes en 1991-1992
19

Graphique 3
Services médicaux
19

Graphique 4
Services dentaires
19

Graphique 5
Médicaments et services pharmaceutiques
20

Graphique 6
Prothèses
20

Graphique 7
Bourses et primes
20

Graphique 8
Services hospitaliers
21

Graphique 9
Évolution des frais d'administration de 1987-1988 à 1991-1992
22

Graphique 10
Structure administrative
26

Graphique 11
Demandes de paiement (DP) traitées
45

Graphique 12
Frais d'administration par demande de paiement (DP)
46

Régie de
l'assurance-maladie
du Québec

Imprimé au Québec, Canada